

IOLANDA MITROFAN

- Prof. univ. Dr. - Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea din București.
- Coordonator de stagii de studii aprofundate și doctorat în psihologie și psihoterapie, Centrul de Dezvoltare Personală, Consiliere și Psihoterapie Experiențială, Universitatea București.
- Cercetător științific (gr. I) și psihoterapeut în domeniul clinic la Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă (1977-1997).
- Stagii de formare (specializări) în: gestaltterapie (Belgia), somato-analiză, analiză bioenergetică și reichiiană (Franța), NLP, terapii creative (Olanda), meditație creativă, terapii de cuplu și familie.
- Autor și coautor a peste 100 de studii, articole științifice și teme de cercetare.
- Volume publicate: „Cuplul conjugal - armonie și dizarmonie” (1989), „Familia de la A la Z” (1991), „Elemente de psihologia cuplului” (1994, 1996), „Psihologia relațiilor dintre sexe. Mutatii și alternative” (1997), „Psihoterapia experiențială” (1997), „Incursiune în psihosociologia și psihosexologia familiei” (1998), „Jocurile conștiinței sau Terapia Unificării” (1999), „Psihologia plantelor și creșterea durerii” (1999), „Orientarea experiențială în psihoterapie” (2000), „Psihoterapia, psihoterapia și consilierea copilului” (2001).
- Președinta Societății de Psihoterapie Experiențială Română - SPER.
- Membru fondatoare al Asociației Române de Psihologie Transpersonală - ART.
- Președinta și formator în cadrul SPER.
- Coordonatoare programelor formative în psihoterapie derulate în colaborare cu Universitatea București și Colegiul Consilierilor Psihoterapeuți din România.
- Director al Centrului de Resurse de Psihoterapie Experiențială.
- Coordonatoare Centrului de Dezvoltare Personală, Consiliere și Psihoterapie Experiențială, alături de unii profesori ai Universității București în psihoterapie SPER.

DIANA LUCIA VASILE

- Lect. univ. Doctorand - Facultatea de Sociologie - Psihologie, Universitatea din București.
- Stagii de formare (specializare) în gestaltterapie, somato-analiză, analiză bioenergetică și reichiiană (cu formatori din Franța și Belgia), în ter. pia persoanelor traumatizate, terapii de cuplu (Australia), și în terapii de familie (Canada, Australia).
- Autor și coautor a peste 15 studii, articole științifice și teme de cercetare în psihologie și psihoterapie.
- Coautor al manualului „Psihologia Educației” (2000).
- Membru fondator al Societății de Psihoterapie Experiențială Română - SPER și al Asociației Române de Psihologie Transpersonală - ART, membru al Asociației Terapeuților de Trauma - ATT (Australia).
- Psihoterapeut în cadrul SPER și al Centrului de Dezvoltare Personală, Consiliere și Psihoterapie Experiențială.

IOLANDA MITROFAN    DIANA VASILE

# TERAPII DE FAMILIE



Editura SPER  
Colecția Alma Mater

IOLANDA MITROFAN

DIANA VASILE

# TERAPII DE FAMILIE



Colecția Alma Mater

Editura SPER București 2001

Cartea aparută sub egida  
Societății de Psihoterapie Experiențială Română

© 2001 Editura SPER

ISBN 973-85329-3-0

Toate drepturile rezervate Editurii SPER

Nici o parte a lucrării nu poate fi copiată, tradusă, reprodușă în  
nici un fel fără acordul scris al editurii.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

MITROFAN, IOLANDA

Terapii de familie / Iolanda Mitrofan, Diana Vasile

Editura S.P.E.R., 2001

p. 250: cm 21 (Alma Mater)

Bibliogr.

ISBN 973-85329-3-0

I. Vasile, Diana

615.851.6

Difuzare - Editura SPER

Str. Ritmului nr. 2A, Sector 2, București

Tel: 092 30 30 41, 314 89 72

Redactor: Iolanda Mitrofan

Coperta, tehnoredactare și design: Augustin Iordache

Corectură: Iuliana Tănase

## CUPRINS

<b>Capitolul I: Terapii de familie de tip comunicațional .....</b>	<b>1</b>
Scopurile terapiei comunicationale de familie .....	5
Procesul terapeutic .....	7
Căile terapeutice care provoacă schimbarea .....	8
Tehnici terapeutice comunicationale de familie .....	9
Modelul terapeutic cu grup de familie .....	12
Desfășurarea terapiei în rețea .....	14
Alte tehnici și procedee terapeutice comunicationale aplicate familiei .....	16
<b>Capitolul II: Terapia multiplă de familie .....</b>	<b>21</b>
Scopul terapiei multiple de familie .....	22
Procesul terapeutic .....	22
Selectarea familiilor pentru grupul terapeutic și motivarea clienților pentru terapie .....	24
Diferențele culturale, sociale și generaționale dintre familiile participante, ca factor facilitant în procesul terapeutic .....	25
Desfășurarea unei ședințe terapeutice .....	27
Procesul terapeutic .....	29
Dificultăți în conducerea unui grup de terapie familială multiplă .....	33
Avantaje și particularități ale terapiei multiple de familie .....	37
Concluzie .....	39
<b>Capitolul III: Terapia de familie de tip experiențial .....</b>	<b>41</b>
Scopurile terapiei experiențiale de familie .....	45
Tehnici și modalități de lucru ale terapiei experiențiale ..	49
Tehnici expresive integrate .....	

în terapie experiențială de familie .....	56
Instructaj-ghid al terapeutului .....	57
Exerciții suport pentru „sculptura familială” .....	58
Tehnici gazate pe joc de rol și dramaterapie .....	65
Concluzie .....	67
<b>Capitolul IV: Terapia structurală de familie .....</b>	<b>69</b>
Diagnoza familială .....	82
Procesul terapeutic și tehnicile de intervenție .....	86
Studiu de caz .....	93
Modelul psihopatogen al familiei .....	95
Diagnoza familiei Brown .....	97
Scopurile terapeutice .....	108
Strategii terapeutice .....	109
Concluzie .....	113
<b>Capitolul V: Terapia transgenerațională de familie .....</b>	<b>115</b>
Premise conceptuale .....	118
Principii teoretice .....	120
Scopurile terapiei boweniene de familie .....	130
Proces terapeutic .....	131
Tehnici terapeutice ale terapiei boweniene .....	133
Concluzii .....	138
<b>Capitolul VI: Terapia strategică de familie .....</b>	<b>141</b>
Premise conceptuale .....	143
Scopurile terapiei strategice de familie .....	148
Procesul terapeutic .....	148
Tehnicile terapiei strategice .....	152
Studii de caz .....	161
Concluzie .....	166
<b>Capitolul VII: Terapia sistemică de familie .....</b>	<b>169</b>
Premise conceptuale .....	169

Caracteristici ale terapiei sistemice .....	171
Scopurile terapiei sistemice .....	175
Procesul terapeutic .....	176
Tehnicile terapiei sistemice .....	180
Etapele procesului terapeutic .....	185
Studiu de caz .....	189
Concluzie .....	198
<b>Capitolul VIII: Terapia narativă de familie .....</b>	<b>201</b>
Premise conceptuale .....	201
Procesul terapeutic .....	208
Studiu de caz .....	215
Definirea problemei care va fi externalizată .....	219
Rezultatele excepționale .....	221
Concluzii .....	223
<b>Capitolul IX: Terapia de familie integrativă .....</b>	<b>227</b>
Premise conceptuale .....	228
Scopurile terapiei integrative de familie .....	236
Procesul terapeutic .....	236
Tehnicile terapiei integrative de familie .....	239
Concluzii .....	241
<b>Bibliografie selectivă .....</b>	<b>245</b>



## ARGUMENT

Dinamica și transformările structurale și funcționale ale familiei constituie chiar „plasa nevăzută” din care se iscă suferința și bucuria, neadaptarea și adaptarea, eficiența și ineficiența indivizilor, atât pe termen scurt, cât și pe termen lung.

Familia este chiar contextul evoluției lor pe parcursul întregii vieți, de la naștere și până la moarte. Rădăcinile și roadele arborelui familial se hrănesc și se transmit și transgenerațional, iar dacă ele sunt amare, gustul existenței se alterează de la predecesori la urmași. Astfel, viața devine pentru mulți, dintr-o șansă de dezvoltare și împlinire a potențialităților, doar o cursă cu obstacole de care se tem sau pe care le percep ca insurmontabile. Adesea, consecințele nefaste se pot „citi” în starea de sănătate psihică și somatică, dar și în dezechilibrele și suferințele sociale.

Cum pot învăța oamenii să interacționeze responsabil în partea cea mai hrănitoare și structurantă a vieții lor – intimitatea și solidaritatea familială – astfel încât să-și mențină sănătatea și armonia?

Pot constitui terapiile de familie modele viabile de asistare și facilitare a echilibrului sistemului familial aflat în impas? Pot ele deveni instrumente moderne de acțiune, preventive și curative, în slujba familiilor disfuncționale?

Fără indoială că DA.

Actuala lucrare vă propune o introducere în conceptele de bază ale teoriei și practicii principalelor abordări psihoterapeutice de familie. Se insistă asupra metodelor și tehnicilor utilizate în dinamica procesului terapeutic familial, precum și în evaluarea

efectelor sale. Sunt incluse secvențe de dialog terapeutic și studii de caz exemplificatoare.

Adresăm cartea în primul rând studenților și specialiștilor în psihologie, consiliere, psihoterapie, medicină, pedagogie, drept și sociologie, ea constituind suport de curs universitar în domeniul psihologiei și psihoterapiei de familie.

În al doilea rând, cartea poate prezenta interes pentru toți cei preocupați de suferința și optimizarea relațiilor de familie, de sanogeneza socială.

**AUTORII**

**IULIE 2001**

## CAPITOLUL I

### TERAPII DE FAMILIE DE TIP COMUNICAȚIONAL

Abordarea comunicațională a fost prima formă de terapie de familie care nu are origini în vreo formă de terapie individuală.

Spre deosebire de teoria psihodinamică, ale cărei rădăcini se situează la începutul secolului, teoria comunicării se dezvoltă în strânsă legătură cu orientarea sistemică și informațională inițiată la jumătatea secolului XX de către N. Wiener, care a publicat „Cibernetica” (1949). În 1950, această centrare pe sistemul homeostatic cu autocontrol prin feed-back pătrunde și în domeniul terapilor.

Deși influențele gândirii sistemice se fac simțite în foarte multe terapii, curentul comunicațional devine foarte cunoscut o dată cu cercerările Școlii de la Palo Alto, în special ale lui Gregory Bateson (1952 - 1962). Acestea sunt urmate de contribuții valoroase: Virginia Satir (1962 - 1970), J. Haley (1963), D. Jackson (1968), Weakland (1962).

Ideea „dublei legături” sau a mesajului dublu, formulată de Bateson (1950), a influențat mulți terapeuți care au început să gândească relațiile umane din perspectiva teoriei patogene. Această teorie sugerează că schimbul de mesaje între persoane definește relațiile stabilite prin procese homeostatice traduse prin acțiunile

membrilor familiei.

**Terapia comunicatională** se aplică atât la *diadă* (minimum necesar pentru schimbarea comunicării între emițător și receptor), cât și la *grupul familial*. Această terapie accentuează *schimbarea* în sistemul familial prin comunicarea diferită a unora cu alții reflectată în modificări comportamentale.

Accentuarea trecutului este abandonată pentru că se are în vedere modul în care persoanele *comunică acum* (centrare pe prezent).

După 1950, numărul celor care participau la o ședință de terapie comunicatională a crescut de la 2 la 3 și mai mulți membri. Familia a început să fie concepută ca având o **structură** cu un anumit grad de **organizare**.

Cele două tipuri de comunicare familială clasificate de Bateson sunt:

① Comunicarea digitală;

② Comunicarea analogică.

În *comunicarea digitală*, fiecare mesaj are doar un referent, aparține doar unui tip logic și constă în semne arbitrare (Bateson și Jackson, 1968). De exemplu, cuvântul „masă” nu desemnează nimic altceva decât o piesă de mobilier. Din punctul de vedere al comunicării digitale, o durere de cap este o durere de cap și nimic altceva.

În *comunicarea analogică*, mesajul are mai mult decât un referent, putând exprima diferite grade. De exemplu, strângerea unui pumn este în același timp un semn pentru un anumit tip de comportament (ex. amenințare, opoziție, frustrare, agresivitate), dar, totodată, este și o parte a acestui comportament. În anumite culturi, manifestări ca plânsul, țipatul, ruperea hainelor, smulgerea părului, lovirea capului de un zid exprimă în mod analog diferite

grade de disperare. Un mesaj analogic poate fi decodificat doar prin luarea în considerare a altor mesaje. Așa de pildă, o durere de stomac nu este doar o durere de stomac, ci, concomitent, exprimarea dezgustului, un mod de a te sustrage de la a face o treabă, sau o cerere de afecțiune. „Durerea de stomac” comunicată cuiva ca mesaj analogic va depinde de situația și de contextul în care mesajul analogic a fost emis (Madanes).

De exemplu, o soție frustrată de lipsa de atenție a soțului său preocupat de alte probleme îi poate comunica brusc o durere de stomac, în timpul cinei. Mesajul are mai multe semnificații. El poate însemna intenția de a-l deturna pe soț de la problemele lui, nevoia de a-i capta atenția și afecțiunea și, totodată, o stare fizică logică de disconfort epigastric.

Sau „Am o durere de cap...”, comunicată în momentul pregătirii de culcare poate însemna mai mult decât o stare internă, deteriorarea relațiilor sexuale sau refuzul acestora.

Unele școli de terapie (ex. psihanaliza, terapia experiențială) se bazează pe teoria comunicării analogice, considerând că indiferent de tulburarea de comportament (teamă, probleme psihosomatice, act antisocial etc.) aceasta este o *expresie metaforică* pentru dificultățile apărute în viața unei persoane.

Alte școli terapeutice (ex. comportamentalismul) consideră comportamentul simptomatic ca având un singur referent (gândire digitală), fiind răspunsul clar, unic la un stimul care îl precede.

Terapia comunicatională de familie utilizează dominant gândirea analogică, înțelegând simptomele și comportamentele ca pe comunicări despre viața persoanei, incluzând inframesaje sau metamesaje, fiind în consecință referiri simbolice la altceva.

Primele modele terapeutice de familie considerau că schimbarea e adusă de conștientizarea semnificației comunicărilor și, de

aceea, era folosită *interpretarea*, pentru că nu se dezvoltaseră alte tehnici bazate pe noi moduri de gândire.

În anii '60, terapeuții aparținând curentului comunicării introduc o noutate: *experiența comunicatională*, în sensul adoptării unui nou comportament. Ei utilizează *directive* în interviu pentru a *schimba modurile de comunicare ale clientului*. De exemplu, ei solicită membrilor familiei care, de obicei, nu vorbesc, să vorbească și folosesc frecvent tehnica *intențiilor paradoxale*, sub influența terapiei directive a lui Milton Erikson.

La început, terapeuții de familie s-au centrat pe *încurajarea și creșterea comunicării în familie*, apoi ei au accentuat centrarea pe *problemă*, sub influența lui Erikson. Astfel, problema nu a mai fost categorisită doar ca un „simptom”, ci ca un răspuns necesar și adecvat la comportamentul de comunicare ce l-a provocat.

După ce în fazele de început ale terapiei fusese încurajată accentuarea *ierarhiei* în structura familială, ulterior terapeuții comunicării au sprijinit comunicarea *de la egal la egal* între membrii familiei.

În unele abordări, accentul cade pe *clarificarea comunicării* (V. Satir, 1964), în altele pe *status și organizare familială* (D. Jackson și Weakland, 1961, 1968) – care accentuează importanța autorității parentale în cazul tinerilor psihotici.

Curentul comunicării a tins să devină parte a altor curente. Astfel, Virginia Satir (1972) dezvoltă curentul „*terapiei experiențiale a comunicării*”, după participarea sa la grupurile de gestalt-terapie de la Esalen.

Un alt curent important dezvoltat din teoria comunicării va fi „*terapia structurală*” (S. Minuchin), care accentuează organizarea ierarhică în familie.

Un al treilea curent important născut din terapia comunica-

tională este „*terapia strategică de familie*”, care accentuează secvențele repetitive ce stau la baza structurii familiale (J. Haley, C. Madanes, S. Ariel).

## Scopurile terapiei comunicării de familie

Obiectivele terapiei comunicării în grupul familial sunt asemănătoare tratării grupului format din persoane străine:

- *Promovarea individualității membrilor familiei;*
- *Optimizarea relațiilor interpersonale.*

Creșterea individuală este promovată când nevoile nesatisfăcute sunt verbalizate și înțelese, iar rolurile restrictive (delimitate) sunt explorate și extinse.

Terapeuții comunicării au plecat de la premisa că, atunci când membrii familiei vor fi eliberați de propriile inhibiții, ei își vor dezvolta o mai mare coeziune familială. Abordările reflectă însă două puncte de vedere diferite:

- *Tratarea familiei ca un grup de indivizi;*
- *Tratarea familiei ca pe un sistem, ca pe o unitate.*

Ceea ce se reproșează primei abordări este faptul că nu reușește să evalueze corect nevoia de *ierarhie și structură* a grupului familial, lucru comun și abordării celorlalte tipuri de grupuri. Astfel, din această *perspectivă*, care *concepe familia mai mult ca un grup de persoane* individualizate decât ca pe un sistem, Bell (1975) formulează următoarele scopuri ale terapiei de familie:

*Dezvoltarea capacității familiilor de a învăța să facă față simptomelor prin:*

- *Manifestarea unei cooperări sporite;*
- *Independența personală;*



- Creșterea libertății și deschiderii interacțiunilor;
- Creșterea gradului de securitate al fiecărui membru al familiei;
- Creșterea flexibilității rolurilor în familie.

Modalitatea esențială de satisfacere a acestor obiective este *optimizarea comunicării*. Scopurile acestei abordări reflectă o viziune relativ naivă și simplă asupra familiei aparținând practicienilor clinicieni, înainte de a învăța să gândească sistemic fenomenul familial.

În timp ce G. Bateson și colaboratorii săi analizau complexitatea sistemelor comunicaționale, terapeuții obișnuiți credeau inițial că modul de a ajuta familiile în dificultate ar consta în a le determina să se așeze și să discute unele cu altele. Și cum multe familii reunite găsesc suficiente subiecte de conversație, ele prezintă erori de comunicare pe care terapeuții le-ar putea corecta pe parcursul mai multor întâlniri, fără a ajunge însă nici la dinamica individuală, nici la dinamica sistemului familial care le generează.

Scopul terapiei de familie comunicaționale a fost să întreprindă o „acțiune” deliberată pentru a alerta nivelele slabe de funcționare ale interacțiunii prin intermediul unei comunicări îmbunătățite. Weakland precizează că scopul era determinismul simptomelor și nu reorganizarea familiilor („Noi privim rezolvarea problemelor ca necesitând prioritar o substituie de modele de comportament, astfel încât să întrerupă cercurile vicioase cu feed-back sigur”).

În cadrul acestui model terapeutic, terapeuții au identificat *simptomele drept mesaje* și apoi au căutat acele *secvențe de comportament care mențin problemele*. O dată descoperite, scopul intervențiilor era de a le înlocui cu alte secvențe comportamentale nedistructive, deci care nu susțineau simptomele.

Terapeutul de comunicare acționează ca și terapeutul

comportamentalist, adică interzice comportamentele care au stimulat și întărit simptomele. Ambii împărtășesc ipoteza că o dată ce comportamentul patologic este blocat, el va fi înlocuit de alternative constructive în locul altor simptome.

*Limita* modelului comportamental este că el tratează *persoana* simptomatică drept *problemă* și concepe simptomul ca pe o reacție, mai degrabă, decât ca pe un stimul în lanțul interacțiunii.

*Limita* modelului comunicațional este aceea că *izolează* secvențe de comportament care mențin simptomele și se concentrează pe interacțiunile diadice, fără a considera „triumfuri” sau alte *probleme structurale* în familie. De exemplu, în cazul în care un copil se teme pentru că tatăl său, suprainplicat, țipă la el, de fapt tatăl țipă la copil pentru că soția sa nu este implicată emoțional. Relația tatălui cu soția nefiind adecvată, schimbarea comportamentului tatălui ar putea să creeze un comportament simptomatic la copil.

## Procesul terapeutic

Schimbarea comportamentului se realizează în special prin:

- *ajutarea membrilor familiei să vorbească deschis;*
- *sprijinirea celor care par reticenți;*
- *criticarea procesului interacțiunii lor;*
- *prezentarea fiecărui membru în parte într-o nouă lumină, care le permite celorlalți să se raporteze la el în noi moduri.*

*Exemplu:* Copiii care nu sunt obișnuiți să fie ascultați de către mamele lor tind să se facă „auziți” printr-un comportament discordant (de dezbinare), dar dacă terapeutul manifestă bunăvoința de a-i asculta, ei pot învăța să-și exprime sentimentele mai degrabă prin cuvinte decât prin acțiuni. Pe măsură ce încep să interacțio-

neze cu cineva care îi ia în serios, ei pot să „crească“, să se maturizeze brusc.

Terapeuții orientați spre grupuri promovează comunicarea prin concentrare asupra *procesului*, mai degrabă decât asupra *conținutului comunicării*.

Considerăm important să subliniem și următorul aspect: dacă un terapeut se lasă furat de detalii despre problemele unei familii sau se gândește la rezolvarea lor, el poate pierde ocazia de a descoperi procesul a ceea ce fac membrii familiei, adică a ceea ce îi împiedică să-și găsească propriile soluții.

### Căile terapeutice care provoacă schimbarea:

**Modelarea ascultării** este una dintre căile prin care terapeuții influențează procesul familial. În timp ce membrii familiei vorbesc, *terapeutul ascultă atent, demonstrând vorbitorului ce anume îl face să simtă că vrea să fie auzit și înțeles, iar altor membri ai familiei de ce nu trebuie să întrerupă, să nu se certe sau să nu agreseze.*

**Analiza.** După exprimare, membrii familiei sunt ajutați să analizeze ceea ce au exprimat (sentimentele și nevoia de a fi ascultați). Ei au astfel șansa să exploreze de ce aceste *sentimente sunt prezente și de ce au fost ele reținute.* Ipoteza este aceea că *famiiliile pot schimba ceea ce pot înțelege.* Dacă comportamentul înseamnă comunicare, atunci modul de a schimba comunicarea înseamnă schimbarea comportamentului.

**Aducerea mesajelor acoperite la lumină.** Potrivit teoreticienilor comunicării, toate evenimentele și acțiunile au *proprietăți comunicante*. Simptomele pot fi considerate ca *mesaje*

acoperite care informează asupra relațiilor. De exemplu, o durere de cap care se dezvoltă prin menținerea unei tensiuni la nivelul mușchilor cervico-occipitali poate fi un *mesaj despre cum se simte persoana într-o situație, sau un răspuns la o comandă indirectă adresată cuiva.*

Dacă un simptom este de fapt un mesaj acoperit, atunci făcând mesajul deschis, prin implicare, se elimină nevoia de simptom. Așadar, unul dintre modurile importante de a schimba comportamentul este de a aduce mesajele acoperite la lumină. Dar nici o schimbare nu poate veni din interior, ci doar din exterior. Pentru teoreticienii comunicării (Watzlawich, Beavin, Jackson, 1967) *paradigma psihoterapiei constă într-o intervenție din afară pentru a rezolva dileme relaționale.* Terapeutul este un om din afara familiei care furnizează ceea ce nu poate relația - o schimbare a regulilor de funcționare.

De pe poziția sa (exterioară familiei), *terapeutul poate fie să releve secvențele problematice, fie, pur și simplu, să le manipuleze pentru a provoca o schimbare terapeutică.*

În primul caz, strategia se bazează pe puterea interiorului, depinzând de cooperare și de dorința de schimbare.

În al doilea caz, strategia constă în a „învinge“ familiile cu propriile lor jocuri interacționale, cu sau fără cooperarea acestora.

Aceste strategii manipulative au format baza terapiei de familie strategice, care este un produs al teoriei comunicaționale.

### Tehnici terapeutice comunicaționale de familie

Tehnicile terapiei de familie comunicaționale au fost similare cu cele ale terapiei de grup analitic și de sprijin. Rolul terapeutului a fost acela al unui dirijor de proces, modelul familiei fiind

neze cu cineva care îi ia în serios, ei pot să „crească“, să se maturizeze brusc.

Terapeuții orientați spre grupuri promovează comunicarea prin concentrare asupra *procesului*, mai degrabă decât asupra *conținutului comunicării*.

Considerăm important să subliniem și următorul aspect: dacă un terapeut se lasă furat de detalii despre problemele unei familii sau se gândește la rezolvarea lor, el poate pierde ocazia de a descoperi procesul a ceea ce fac membrii familiei, adică a ceea ce îi împiedică să-și găsească propriile soluții.

### Căile terapeutice care provoacă schimbarea:

**Modelarea ascultării** este una dintre căile prin care terapeuții influențează procesul familial. În timp ce membrii familiei vorbesc, *terapeutul ascultă atent, demonstrând vorbitorului ce anume îl face să simtă că vrea să fie auzit și înțeles*, iar altor membri ai familiei de ce nu trebuie să întrerupă, să nu se certe sau să nu agreseze.

**Analiza.** După exprimare, membrii familiei sunt ajutați să analizeze ceea ce au exprimat (sentimentele și nevoia de a fi ascultați). Ei au astfel șansa să exploreze de ce aceste *sentimente sunt prezente și de ce au fost ele reținute*. Ipoteza este aceea că *famiiliile pot schimba ceea ce pot înțelege*. Dacă comportamentul înseamnă comunicare, atunci modul de a schimba comunicarea înseamnă schimbarea comportamentului.

**Aducerea mesajelor acoperite la lumină.** Potrivit teoreticienilor comunicării, toate evenimentele și acțiunile au *proprietăți comunicante*. Simptomele pot fi considerate ca *mesaje*

acoperite care informează asupra relațiilor. De exemplu, o durere de cap care se dezvoltă prin menținerea unei tensiuni la nivelul mușchilor cervico-occipitali poate fi un *mesaj despre cum se simte persoana într-o situație*, sau un răspuns la o comandă indirectă adresată cuiva.

Dacă un simptom este de fapt un mesaj acoperit, atunci când mesajul deschis, prin implicare, se elimină nevoia de simptom. Așadar, unul dintre modurile importante de a schimba comportamentul este de a aduce mesajele acoperite la lumină. Dar nici o schimbare nu poate veni din interior, ci doar din exterior. Pentru teoreticienii comunicării (Watzlawich, Beavin, Jackson, 1967) *paradigma psihoterapiei constă într-o intervenție din afară pentru a rezolva dileme relaționale*. Terapeutul este un om din afara familiei care furnizează ceea ce nu poate relația - o schimbare a regulilor de funcționare.

De pe poziția sa (exterioară familiei), *terapeutul poate fie să releve secvențele problematice, fie, pur și simplu, să le manipuleze pentru a provoca o schimbare terapeutică*.

În primul caz, strategia se bazează pe puterea interiorului, depinzând de cooperare și de dorința de schimbare.

În al doilea caz, strategia constă în a „învinge“ familiile cu propriile lor jocuri interacționale, cu sau fără cooperarea acestora.

Aceste strategii manipulative au format baza terapiei de familie strategice, care este un produs al teoriei comunicaționale.

### Tehnici terapeutice comunicaționale de familie

Tehnicile terapiei de familie comunicaționale au fost similare cu cele ale terapiei de grup analitic și de sprijin. Rolul terapeutului a fost acela al unui dirijor de proces, modelul familiei fiind

cel al unui grup democratic. Terapeutul s-a raportat de asemenea democratic la membrii familiei, așa după cum ei se așteaptă să procedeze unul față de altul. Astfel, el a observat că toți membrii familiei au ceva de spus, că trebuie ajutați să spună și i-a încurajat pe toți să se deschidă și să-și exprime punctele de vedere.

Modelul stadial al lui J. Bell (1961) constituie o abordare originală, structurată în două faze:

*O fază centrată pe copil*, în care copiii (copilul) sunt ajutați să-și exprime (verbalizeze) dorințele și preocupările. Bell a fost atât de interesat să ajute copiii în acest sens, încât a solicitat părinții în avans să-i asculte și să dea curs solicitărilor copiilor, introducând astfel o schimbare în regulile familiei. Aceasta s-a dovedit un mijloc de a facilita încrederea și cooperarea în procesul de negociere și de rezolvare a problemelor de familie.

După ce copiii au vorbit și au fost compensați cu unele privilegii suplimentare, atunci a venit și rândul părinților.

*O fază centrată pe părinte*, în care părinții au dat curs „plângerilor” privind comportamentul copiilor. Bell a fost foarte atent în intervențiile sale, astfel încât să atenueze pe cât posibil atitudinile hipercritice ale părinților, concentrând și facilitând discuțiile privind rezolvarea problemelor. În finalul etapei, a reușit să egalizeze sprijinul pentru toți membrii familiei.

Stilul de intervenție al lui Bell (1975) a fost *directiv*, așa după cum rezultă din următorul exemplu:

... După ce rămăsese tăcut câteva ședințe, un tată a declan-

șat o tiradă înfocată la adresa fiului, fiicei și a soției. Treptat, s-a putut observa că fiecare membru al familiei se retrage din discuție. În acest moment, terapeutul a intervenit cu: „Acum cred că ar trebui să auzim și ce are de spus J. (fiul) în legătură cu asta. De asemenea, H. (fiica) trebuie să aibă și ea ceva de spus, și probabil că ar trebui să ascultăm și ce simte soția dumneavoastră în legătură cu toate acestea”...

Acest comportament terapeutic a stimulat participarea întregii familii, fără a bloca în același timp comunicarea tatălui. Adesea, „semnalele” non-verbale au fost utilizate ca mijloace de a da curs exprimării unor sentimente inexprimabile; de exemplu: „D-le X, ai tăcut mereu, dar mă întreb dacă faptul că vă pocniți degețele nu vrea să ne spună ceva...”

În cadrul procesului terapeutic, Bell utilizează 4 tipuri de interpretări:

**Interpretări reflective** - descriu ceea ce se întâmplă în momentul respectiv: „Observ că atunci când soția dumneavoastră spune ceva critic, lăsați capul în jos, înclinându-l, ca și cum ați spune: Săracul de mine...”;

**Interpretări conective** - evidențiază legături nerecunoscute de membrii familiei, existente în diverse acțiuni ale lor. De exemplu: „Ai observat că Ioana a început să se poarte urât, chiar din clipa în care voi doi începeți să vă certați”;

**Interpretări reconstructive** - explică în ce mod evenimentele din istoria familiei susțin contextul pentru unele experiențe cotidiene;

**Interpretări normative** - apar în remarci avansate pentru a sprijini sau provoca un membru al familiei, comparându-l cu majoritatea oamenilor. De exemplu: „Mare scofală ...



*Majoritatea adolescenților sunt obraznici cu părinții.  
Face parte din procesul de maturizare ..."*

## Modelul terapeutic cu grup de familie

Există 3 aplicații de bază ale metodelor de grup în terapia de familie:

**Terapia de familie multiplă** (cu grup format din 4 – 6 familii reunite în ședințe săptămânale de 90 de minute). **P. Laqueur** și colaboratorii săi introduc acest model pe principiul terapiei de grup tradiționale, incluzând tehnici specifice ale grupului de întâlnire și psihodramatice. El folosește exerciții structurate pentru a spori nivelul de interacțiune și intensitatea sentimentelor. Familiile participante la grup sunt folosite drept *coterapeuți* care să ajute la confruntarea membrilor altor familii dintr-o poziție mai personală decât ar fi putut terapeuții s-o aibe (s-o adopte).

**Terapia de familie multiplă cu impact** este un model dezvoltat de **R. MacGregor** (1967, University of Texas Medical Branch din Galveston) și colaboratorii săi (Richie, Serrano, Schuster, McDonald și Goolishian). Acest model își propune să realizeze un impact multidirecționat asupra membrilor familiilor cu un *adolescent aflat în criză* (cu tulburări de comportament). Aceste familii sunt reunite pentru câteva zile la centrul din Galveston, într-o terapie *intensivă*, asigurată de o largă echipă de profesioniști. Membrii echipei au mai multe întreveneri în diverse combinații cu membrii familiilor, pe care le rearanjează într-un grup mai mare de

lucru. În cadrul acestuia se revăd o serie de constatări, opinii, atitudini și concluzii care stau la baza comportamentului membrilor incluși în terapie, iar unele dintre acestea se reformulează sub forma unor recomandări. Și chiar dacă această modalitate de lucru, intensivă, deși nu prea frecventă, nu prea mai este practică astăzi, ea a impulsionat dezvoltarea altor tehnici și modele ale terapiei de familie actuale:

- Modelul experiențialist;
- Modelul sistemic de la Milano.

**Modelul terapiei de rețea** (Network Therapy), este dezvoltat de **Ross Speack** și **Carolyn Attneave**, pentru ajutorarea familiilor aflate în *criză*. Se bazează pe suscitarea și asamblarea întregii rețele de suport social a familiei respective (rude, prieteni, vecini), incluzând circa 50 de persoane. Echipele de terapeuți sunt obișnuite să lucreze în grupuri mari. *Obiectivele* sunt:

- „spargerea” modelelor relaționale distructive;
- *mobilizarea sprijinului pentru noi opțiuni* (Speack, Attneave, 1973, Ruevini, 1975).

Se utilizează o serie de tehnici de grup și 6 faze de dezvoltare a procesului terapeutic:

1. **Retribalizarea** – implică *recunoașterea și conștientizarea problemei prezente*. Începe cu prima convorbire prin care sunt invitați membrii rețelei să se asambleze (reunească) și continuă pe parcursul tuturor întrunirilor.
2. **Polarizarea** – implică *activarea pozițiilor aflate în conflict* și în primul rând a conflictelor intergeneraționale.
3. **Mobilizarea** – în timpul căreia sunt desemnate sarcini și sunt

*inaugurate inițiative și eforturi active de ajutorare a familiei ținută de către membrii interesați ai rețelei.*

4. *Depresia rețelei*, care pare să se instaleze în mod regulat, după declanșarea entuziasmului general al tuturor.
5. *Întreruperea și epuizarea* – când eforturile din etapa mobilizării încep să se diminueze.
6. *Exaltarea*, care se resuscită după fiecare întâlnire în timp ce membrii familiei traversează stări de speranță și ușurare. Exaltarea crește în rețea după fiecare întâlnire reușită.

### Desfășurarea terapiei în rețea

Terapeuții se întâlnesc cu rețeaua în ședințe de 2-4 ore, în mod specific, de 3-6 ori. Tehnicile de *întâmpinare* utilizate constau în stimularea contactelor spontane afective (strângeri de mâini câteva minute în șir, vorbit cu voce tare, săltat, legănat, țopăit, toate manifestările verbale și nonverbale care creează o *eliberare de tensiune* și o senzație de coeziune în rețea).

Faza de *polarizare* începe când liderul *terapeut identifică și activează punctele de vedere conflictuale* din rețea. Acestea pot fi dramatizate prin aranjarea membrilor rețelei în cercuri concentrice și invitarea lor în a-și confrunta *opiniile și diferențele* dintre ei.

Treptat, confruntarea evoluează spre *compromis și sinteză*, sub directă coordonare (moderare) a terapeuților.

În timpul fazei de mobilizare sunt prezentate sarcinile, iar *subgrupuri* de membri activi și implicați sunt rugate să alcătuiască *planuri de dezvoltare* a problemelor concrete ale familiei-țintă. Astfel, de exemplu, dacă pacientul identificat are nevoie de o slujbă, poate fi format un *comitet* care să ajute în acest sens; dacă un cuplu de părinți tineri sunt blocați la domiciliu într-un conflict

depat de cine va supraveghea copilul, un grup din rețea poate fi rugat să *dezvolte resurse de supraveghere temporară a copilului*, oferindu-i astfel cuplului posibilitatea de a ieși din casă.

După ce entuziasmul inițial se epuizează, grupurile rețelei cad adesea într-o stare de *epuizare și dezamăgire* pe măsură ce membrii realizează cât de ascunse sunt anumite probleme și cât de dificil este să le rezolve. Iată două *procedee de depășire* a impasului:

Ruevini (1975) descrie cazul unei rețele la care s-a instalat o perioadă de *depresie, familia-problemă* simțindu-se în această situație izolată și abandonată de rețea. Acest impas a fost depășit prin introducerea unui *exercițiu de grup cu efect cathartic* – „ceremonia morții”. Membrii familiei au fost rugați să închidă ochii și să se imagineze morți. Membrii rețelei au fost rugați să-și împărtășească sentimentele despre membrii familiei, despre puterile și slăbiciunile acestora și despre *ce înseamnă* fiecare dintre ei pentru propria familie și pentru prieteni, rude (rețea). Acest procedeu *dramaterapeutic* a produs o *descărcare a sentimentelor* (atât negative, cât și pozitive), precum și a frustrărilor legate de acțiunile de sprijin, ceea ce a reușit să „ridice” rețeaua din starea de depresie.

Pentru a îndepărta *dispersarea și epuizarea rețelei*, Speack și Attneave (1973) utilizează *acțiunea*, în locul emoțiilor (folosite în procedeul anterior). Astfel, în unul dintre cazuri, s-au stabilit două grupuri de prieteni cu sarcini complementare:

- unul din grupuri urma să supravegheze pacientul-adolescent care folosea droguri;
- celălalt grup încerca să aranjeze locurile astfel încât

pacientul să se poată muta din casa părinților săi.

Faza de *întrerupere* se realizează când energiile disponibile din rețea sunt eliberate și orientate de către abordarea hotărâtă, directă, activă a problemelor. Sesiunile rețelei produc deseori ceea ce autoarele au numit „*efectul de rețea*” – un sentiment euforic de conectare și satisfacție în grup legat de rezolvarea unor probleme considerate altădată drept copleșitoare. O dată ce rețeaua a fost realizată, ori de câte ori este nevoie, există *întotdeauna cineva care să solicite* (să cheme) *și cineva care să ofere* (să răspundă), ceea ce creează nu numai o coeziune intrarețea cu valență terapeutic-supor-tivă pentru familiile membre, dar și un benefic sentiment de securi-tate emoțională și de solidaritate.

### Alte tehnici și procedee terapeutice comunicaționale aplicate familiei

În terapia de familie axată pe comunicare, tehnicile și procedeele strategice au fost de cele mai multe ori derivate din paradigma teoretică.

Procedeul lui Watzlawick (1966) – se bazează pe structura-rea unui ghid de 5 sarcini pentru familia-problemă, care este soli-citată să parcurgă și să completeze ghidul-interviu în prezența întregii familii. Aceste *solicitări* sunt:

- *Să decidă împreună principalele lor probleme de familie;*
- *Să planifice o „ieșire” (un program comun în afara casei);*
- *Părinții să discute despre cum s-au cunoscut;*
- *Să discute cu toții despre înțeleșurile unui proverb;*
- *Să identifice greșelile fiecăruia și să-și asume fiecare vina proprie.*

În timp ce familia lucrează la aceste sarcini, terapeutul din camera alăturată observă printr-o oglindă unidirecțională fixată în perete modelele de comunicare, metodele de formulare a întrebărilor și fenomenul „șapului ispășitor”. Deși a fost util pentru conectarea familiei, interviul structurat nu a câștigat o largă accep-tare ca instrument clinic.

Tehnicile de comunicare s-au structurat progresiv în 3 modele strategice pornind de la înțelegerea din ce în ce mai clară a modului în care familiile se dovedesc rezistente la schimbare:

- Strategia axată pe învățarea *regulilor* comunicării clare;
- Strategia axată pe *analiza și interpretarea* modelelor comuni-caționale;
- Strategia axată pe *manipularea* interacțiunilor printr-o varie-tate de manevre.

Dacă la început terapeuții comunicării au încercat să con-vinsă familiile să accepte responsabilitatea reciprocă, identificând prezentul ca problemă a tuturor, ulterior, izbindu-se de rezistența familiei la schimbare, terapeuții au solicitat familiile să-și autode-finească problema. După ce inițial au breșat, printr-o serie de remarci privind scopul întâlnirii, ei au rugat pe fiecare membru al familiei, pe rând, să-și pună în discuție problemele. În tot acest timp, terapeuții au ascultat concentrându-se mai curând pe proce-eul de comunicare decât pe conținutul comunicat. Ei erau mai mult interesați de cine și cum se comunică, decât de ce se comuni-că. Dacă cineva se exprima într-un mod confuz, terapeutul evi-denția acest lucru și insista ca membrii familiei să respecte anu-nite reguli de comunicare clară. Clarificarea mesajului se face prin formularea de întrebări și acest procedeu imprimă familiei câteva opere de bază pentru vorbirea clară.

Virginia Satir (1964) preciza următoarele reguli:

- *Fiecare trebuie să vorbească la persoana întâi (să vorbească în numele lui), referitor la ce crede și ce simte. Exemplu:*

*Soțul: Întotdeauna nouă ne-au plăcut prietenii Ioanei.*

*Terapeutul: Aș prefera să vorbești doar în numele dumneavoastră. Mai târziu soția dumneavoastră poate spune ce crede.*

*Soțul: Da, dar noi am fost de acord întotdeauna asupra acestor lucruri...*

*Terapeutul: Se poate. Dar dumneavoastră știți cel mai bine ce simțiți și ce gândiți dumneavoastră. Vorbiți în numele dumneavoastră și lăsați-o pe dumneaei să vorbească în numele său.*

- *Fiecare trebuie să formuleze afirmații personale (ale Eu-lui) în legătură cu probleme personale. Opiniile și judecățile de valoare nu trebuie să treacă drept principii generale. A avea opinii este un pas necesar pentru a discuta într-un mod care să permită diferențe legitime de opinie și chiar, mai mult, posibilitatea de a-ți schimba opiniile.*

*Exemplu:*

*Soția: Oamenii n-ar trebui să-și lase copiii acasă când ies la plimbare.*

*Terapeutul: Înțeleg că vă place să luați și copiii când ieșiți pe afară, împreună cu soțul...*

*Soția: Desigur, nu face la fel toată lumea?*

*Soțul: Mie nu-mi place. Aș prefera să ieșim doar noi doi, măcar din când în când.*

- *Fiecare trebuie să se adreseze și să vorbească direct, nu pe ocolite, unul altuia și unul despre altul. Această regulă exclude ignorarea sau descalificarea vreunuia dintre*

*membrii familiei și împiedică stabilirea de coaliții destructive. Exemplu:*

*Adolescentul: Mama întotdeauna trebuie să aibă dreptate. Nu-i așa, tată?*

*Terapeutul: Ar trebui să-i spui ei asta.*

*Adolescentul: I-am spus, dar nu mă ascultă.*

*Terapeutul: Mai spune-i o dată, acum, aici.*

*Adolescentul: (către terapeut) Oh, bine.*

*: (către mama) Uneori am sentimentul că...*

*: (se reîntoarce spre terapeut) Care este folosul?*

*La ce bun să-i spun?*

*Terapeutul: Văd cât de greu îți este și bănuiesc că te-ai cam decis că nu are rost să încerci să vorbești cu mama ta, dacă ea nu are de gând să te asculte. Dar aici, sper ca toți să învățăm să vorbim mai direct unii cu alții, așa încât nimeni să nu renunțe să-și spună părerea.*

Se remarcă din dialogul de mai sus că adesea este dificil să-i înveți pe oameni să comunice clar, doar spunându-le cum s-o facă. Desigur însă, motivul pentru care o abordare directă a persistat în traterea familiei a fost acela că, insistând suficient, majoritatea persoanelor vor urma anumite direcții terapeutice, cel puțin pentru un moment. Datorită marii rezistențe la schimbare a familiei, adesea noul comportament durează numai atât cât terapeutul se află în joc. Din acest punct de vedere, Virginia Satir a acționat ca cel mai transparent și autoritar terapeut, Jay Haley ca cel mai puțin transparent și autoritar, în vreme ce Don Jackson s-a situat pe o poziție intermediară.



### TERAPIA DE FAMILIE DE TIP EXPERIENȚIAL

Ramura experiențială a terapiei de familie se dezvoltă în psihologiei umaniste a anilor 1960, preluând din terapiile individuale umaniste principiul „experienței, aici și acum“.

Calitatea experienței trăite este criteriul sănătății psihice și obiectivul intervenției terapeutice. Terapeuții experiențiali de familie consideră că exprimarea sentimentelor și senzațiilor este cheia extinderii experienței și sensul împlinirii personale familiale.

Terapia experiențială de familie s-a bucurat de cea mai mare popularitate în etapa „de tinerețe“ a domeniului terapiei de familie, atunci când terapeuții vorbeau de *schimbarea în sistem*, dar împrumutau tehnici din terapiile individuale și de grup. Astfel, ei au preluat semnificativ de la gestaltterapie și de la grupurile de naștere. Alte tehnici expresive cum ar fi „sculptura și desenul familial“ au valorificat influențele tehnice din artterapie și psihodramă.

Din cauza utilizării tehnicilor expresive nu foarte mulți terapeuți au putut să abordeze terapia de familie experiențială, ci doar aceia care au abordat conceptele și metodele sistemice, cum sunt Carl Whitaker, Peggy Papp, Virginia Satir, Walter Kempler, August Napier, David Keith, Leslie Greenberg, Susan Johnson, Fred și Bunny Duhl. Aceștia și alții au introdus o serie de tehnici

experiențiale de familie pe care orice terapeut le poate valorifica.

Liderii acestei orientări rămân **Carl Whitaker** și **Virginia Satir**. Primul este decanul terapiei de familie experiențiale, el încurajându-i pe membrii familiei să fie ei înșiși. Stilul său de viață (a copilărit la o fermă izolată din Raymondville - New York) l-a determinat să devină o persoană neconvențională, deși probabil că izolarea i-a facilitat inițial o anume timiditate și tristețe. După ce a terminat colegiul din Syracuse și Medicina (cu specialitatea obstetrică și ginecologie), a devenit psihiatru și a fost fascinat de mentalul psihoticilor. El a învățat din experiența sa clinică să asculte și să înțeleagă gândurile bizare ale acestor pacienți, identificând și „gândurile umane” pe care normalii nu le dezvăluie.

Carl Whitaker a format Clinica Psihiatrică Atlanta (1953), în cadrul căreia a organizat un *grup creativ și productiv*, împreună cu T. Malone, J. Warkentin și R. Felder. Psihoterapia experiențială s-a născut din această grupare (1955-1965). Ulterior, grupul se lărgeste cu alți colaboratori: August Napier și D. Keith din Atlanta și New York (Syracuse). Până la retragerea sa, în 1980, Whitaker a călătorit mult, răspândindu-și experiența și împărtășindu-și convingerile și munca.

O altă figură charismatică a terapiei experiențiale de familie este **Virginia Satir**. Ea a fost unul dintre membrii bine-cunoscutului grup MRI - Palo Alto. Ca asistent social, Virginia Satir a început să lucreze cu familiile în 1951 (ca practician), iar în 1955 a fost invitată să susțină un training pentru rezidenții de la Illinois State Psychiatric Institute (aici l-a avut ca student pe Ivan Boszormanyi-Nagy). În 1959, Virginia Satir se alătură MRI (la invitația lui Don Jackson). Ea devine primul director al programului și rămâne aici până în 1966, când ajunge director al Institutului Esalen din Big Sur, California (Centru de gestaltterapie). Abilita-

tea ei strategică deosebită, inventivitatea, tehnica experiențială, sensibilitatea și forța ei afectivă au transformat-o într-o „legendă” a terapiei de familie fiind considerată cea mai celebră terapeuță umanistă de orientare experiențială și de tradiție comunicațională și unul dintre inovatorii terapiei familiale. După 1970, recunoașterea ei a intrat într-un oarecare declin, nemeritat, mai ales ca urmare a disputei cu Salvador Minuchin. Acesta susținea că ar fi mai puțin importante iubirea, căldura și credința în tratarea familiilor, ci mai curând știința „reparării” rupturilor familiale. Virginia Satir a continuat să creadă în puterea vindecătoare a iubirii și în „salvarea” umanității prin terapia de familie. Pe măsură ce Minuchin se impunea tot mai mult în câmpul terapiei de familie, Virginia Satir s-a retras și a devenit purtătoare de cuvânt a unei abordări spirituale (evangelice). A murit în 1988.

**Walter Kempler** este un alt mare terapeut californian de familie, de model experiențial, care a preluat multe tehnici din terapia gestalt și din terapiile emotive în lucrul cu familiile. El descrie procedee folosite uzual în grupurile de întâlnire și terapiile individuale existențial-umaniste, ce demonstrează rădăcinile terapiei de familie experiențiale.

**Fred și Bunny Duhl**, directori - adjuncți la Boston Family Institute, au introdus un mare număr de tehnici expresive în terapia de familie experiențială. Ei folosesc semnificațiile *nonverbale* ale comunicării, cum ar fi *spațializarea și sculptura* (Duhl, Kantor și Duhl, 1973), ca și *jocul de rol și „păpușile (marionetele) familiale”* (Duhl și Duhl, 1981). Ei denumesc această abordare „*terapie familială integrativă*”, definind un amalgam de elemente aparținând unor surse numeroase, incluzând: psihodrama, psihoterapia experiențială, psihologia cognitivă, terapia familială structurală și psihoterapia comportamentală.

Alături de Fred Duhl, cofondator al Institutului Familia din Boston (1969) este și David Kantor, care împrumută din formația de psihodramaterapeut și introduce abordarea „familiei ca teatru” - metafora de bază în terapia de familie. (Kantor și Lehr, 1975).

Printre cele mai recente abordări experiențiale ale terapiei de familie se află **terapia de cuplu focalizată emoțională** (emotion-focused couples therapy), introdusă de Leslie Greenberg și Susan Johnson și fundamentată pe principiile lui Fritz Pearls, Virginia Satir și Grupul MRI (Greenberg și Johnson, 1985, 1986, 1988).

În ceea ce ne privește, noi înșine am preluat și îmbogățit o serie de tehnici și metode din cadrul acestei orientări în lucrul terapeutic cu copii și familii, validându-le efectele pozitive (în cadrul Centrului de Dezvoltare Personală, Consiliere și Psihoterapie Experiențială din București, vezi Revista de Psihoterapie Experiențială, Nr. 1 – 13, 1997 - 2001).

Toți acești autori au drept caracteristici în terapia de familie: **spontaneitatea, creativitatea și asumarea riscului**. În timp ce își împărtășesc libertatea, individualitatea și împlinirea personală, experiențialiștii sunt mai curând practici, decât teoretici (relativ ateoretici). Scopul utilizării diversității tehnice este să „deschidă” individualitățile propriilor experiențe și să „dezghețe” interacțiunile lor familiale.

Căpătând o mare popularitate în anii '60, abordările experiențiale au fost treptat înlocuite de noi dezvoltări – terapiile orientate sistematic. Altădată, exprimarea sentimentelor ocupa un loc central în terapiile psihologice. Astăzi, locul principal este deținut de comportament și cogniție. Psihoterapeuții au descoperit că oamenii mai ales gândesc și acționează. Aceasta nu înseamnă însă că trebuie să ignorăm **experiența emoțională**, care este un concept de bază în terapia de familie experiențială.

## Scopurile terapiei experiențiale de familie

Scopul declarat al terapiei experiențiale de familie este **creșterea și nu stabilitatea**.

Eliberarea de simptome, adaptarea socială și munca sunt considerate importante, dar secundare în raport cu **creșterea interpretării personale** (congruența între experiența interioară și comportamentul exterior), **o mai mare libertate de opțiune**, **mai puțină dependență** și o mai mare **extindere a experienței** (Malone, Whitaker, Warkentin și Felder, 1961).

Simptomele dureroase cu care se prezintă familia în terapie sunt doar „bilete” de intrare în terapie; problema reală este **sterilitatea emoțională** (Whitaker și Keith, 1981).

Obiectivul terapiei este ca membrii familiei (fiecare în parte) **să devină sensibili la nevoile și sentimentele lor și să le împărtășească în cadrul familiei**. În acest mod, unitatea familială se poate baza pe o interacțiune **vie și autentică**, mai degrabă decât pe reprimare și autonegație.

Există două **orientări metodologice** în terapia experiențială de familie:

- tendința dominantă de concentrare și orientare **asupra indivizilor și experienței lor trăite în familie** (în contactele interpersonale), mai mult decât asupra organizării familiale. Kempler (1981) consideră în acest sens că responsabilitatea principală a terapeutului este „față de oameni, față de fiecare individ în cadrul unei familii, și doar secundar față de organizația numită familie” (p. 27).
- orientarea dominantă **asupra sistemului familial**, mai mult decât asupra indivizilor. „Creșterea” – ca scop terapeutic

— se referă aici la „câştigul” interacţional al sistemului familial, la evoluţia întregii familii ca organizaţie. Această tendinţă apare în terapia lui C. Whitaker, D. Keith şi G. Napier.

Ceea ce au în comun terapeuţii experienţiali de familie cu alţi terapeuţi de tradiţie existenţial-umanistă este credinţa că drumul spre sănătatea emoţională este acela al dezvoltării şi descoperirii unor *niveluri tot mai profunde de experienţă* - potenţialul de autoîmplinire zăvorât înăuntrul tuturor. Numai ceea ce se află înăuntrul nostru contează.

Scopurile terapiei de familie enunţate de Virginia Satir includ 3 schimbări în sistemul familiei (1972, p. 120):

1. *Fiecare membru al familiei să devină în stare de a relata congruent, complet şi onest ceea ce vede şi aude, simte şi gândeşte despre el însuşi şi ceilalţi, în prezenţa celorlalţi. Cu alte cuvinte, fiecare trebuie să fie el însuşi în prezenţa şi la adresa celorlalţi;*
2. *Fiecare persoană din familie trebuie să i se adreseze şi să se raporteze la ea în termenii unicităţii sale, aşa încât deciziile să se poată lua mai curând prin explorare şi negociere, decât în termeni de putere;*
3. *E necesar ca diferenţele între persoane să fie conştientizate în familie şi folosite pentru creştere.*

Când metodele experienţiale se aplică orientat spre familie ca sistem şi nu spre indivizi asamblaţi întâmplător într-un grup familial, scopul creşterii individuale fuzionează cu scopul realizării unei puternice coeziuni (unităţi) familiale.

Practica lui Carl Whitaker întruchipează într-o manieră inedită acest scop dual. Potrivit concepţiei lui, creşterea personală

necesită integrarea familială şi viceversa.

Simţul apartenenţei la familie şi libertatea individuală se intercondiţionează, „*merg mână în mână*”. Astfel, adeseori este necesar să se realizeze o mai mare apropiere între părinţi din punct de vedere emoţional, pentru a facilita plecarea copiilor de acasă („desprinderea de cuib”), întrucât mulţi copii nu o pot face dacă nu simt că părinţii lor pot fi fericiţi şi fără ei. Dobândirea autonomiei personale presupune, aşadar, satisfacerea nevoii de apartenenţă, unitate şi echilibru emoţional, familial.

Pe lângă scopul general al creşterii *creativităţii* familiei şi a fiecărui membru al său, terapeuţii experienţiali încearcă, de asemenea, să ajute fiecare familie să-şi *rezolve propriile probleme particulare*, „lucrând” asupra acestora. Dar această „muncă” este realizată cu o minimă conceptualizare sistematică ori planificare (anticipare). De fapt, multe dintre scopuri pot fi inconştiente în timpul terapiei şi pot fi conştientizate numai printr-o retrospectivă (Napier, 1977).

Terapia experienţială include elemente *raţionale şi non-raţionale*. Primele sunt necesare pentru a promova *conştientizarea şi înţelegerea*, celelalte pentru a creşte *spontaneitatea şi sinceritatea*.

Experimentarea conştientă a potenţialurilor interne (aspecte, fantezii, impulsuri) îi privează pe oameni de influenţele lor patogene şi le eliberează forţa de viaţă. Rezultatul acestei creşteri a *conştientizării* este o *reintegrare a părţilor reprimare sau depozitate ale sinelui*.

Cei mai mulţi experienţialişti accentuează *latura afectivă* a naturii umane:

- *creativitatea;*
- *spontaneitatea;*
- *abilitatea de a se juca.*



Whitaker proclamă „nebuniile, nonraționalul, experimentarea creativă și funcționalitatea” drept adevăratul scop al terapiei. Dacă vom deveni cu noi înșine, pentru noi înșine mai jucăuși, mai „trăsniți”, crede el, familiile se vor deschide spre emoționalitate, spontaneitate, căldură, culegând roadele acestora.

Whitaker pune accentul pe *valoarea experienței*, „de dragul ei însăși”, întreaga terapie fiind un proces de *extindere* a experienței, care conduce, în concepția lui, către *creștere*. Noua experiență trăită de familie în timpul terapiei se consideră că rupe confluențele subterane, distruge expectațiile rigide și deblochează conștientizarea - toate acestea favorizând *individuația* (Kaplan și Kaplan, 1978).

Alți autori își propun ca scopuri terapeutice creșterea simțului *competenței*, a *stării de bine* și *autoaprecierii* (F. și B. Duhl, 1981). Preluând ideea Virginiei Satir conform căreia principalele probleme și cauze ale nefericirii tuturor familiilor sunt subaprecierea de sine și comunicarea distructivă, ei consideră drept cheia terapiei promovarea unui comportament *flexibil*, ca urmare a creșterii conștiinței de sine și de ceilalți. Extinderea experienței de auto și interconștientizare poate astfel să *limiteze* și să *înlocuiască* obișnuințele și automatismele *stereotipe* cu comportamente *modificate, creative*. Deoarece acestea au consecințe directe în viața de familie, Duhl definește *scopurile* terapiei în *colaborare cu pacienții*.

Cei mai mulți terapeuți ai familiei susțin că o sensibilitate sporită și o mai bună maturizare a indivizilor servesc scopul mai general al terapiei de familie - *intensificarea funcționalității familiei*.

Astfel, maturizarea individuală este relaționată explicit cu maturizarea familială. Unii terapeuți se axează mai mult pe matu-

rizarea relațiilor, acționând implicit la nivelul familiei ca sistem, alții se situează pe poziții simetrice, ocupându-se mai curând de indivizi pentru a promova schimbări în sistem.

Duhl (1981) considera că „noua și reinnoita integrare” sunt experimentate în cadrul și între membrii familiei - ca scopuri reciproce stimulative în tratament.

Se presupune că familiile ajung în tratament pentru că sunt incapabile să fie deschise, și de aceea incapabile de individuație (Whitaker, 1976). Ajutându-i pe membrii familiei să-și recapete propriul lor potențial de experimentare, se crede că ei sunt ajutați să-și recâștige capacitatea de a se îngriji unul de celălalt.

## Tehnici și modalități de lucru ale terapiei experiențiale

Clinicienii experiențiali folosesc tehnici educative și forța propriei lor personalități de a crea întâlniri terapeutice, regresie și deconspirarea intimității. *Vitalitatea întâlnirii* este altceva. Această putere deplină a experienței personale este considerată de ajutor în stabilirea unei relații de atenție și sprijin de la om la om între și pentru toți membrii familiei. August Napier (1978) consideră că riscurile de a fi în familie atât „separați, divergenți și furioși”, cât și „mai închiși” și mai intimi sunt provocatoare de *schimbare*. În terapia de familie experiențială, *exprimarea sentimentelor* și a experienței intime sunt cruciale, anxietatea este stimulată și trăită. Aceasta pentru că s-a observat că exprimarea furiei și a supărării este întotdeauna urmată de o mai mare intimitate și căldură, spre deosebire de cazul în care acestea sunt reprimare. Reprimarea lor îi împiedică pe oameni să-și dezvolte iubirea unii față de alții. Terapeuții experiențiali sunt, alternativ, *provocativi și calzi-supor-*

rii. În acest mod, ei ajută familiile să îndrăznească să-și asume riscul de a fi mai anxioși, cel puțin temporar. Aceasta le permite să dezvolte pattern-uri protective, defensive și să se deschidă în mod real unii față de alții.

Întâlnirea existențială este considerată drept *forța esențială* în procesul psihoterapeutic (Kempler, 1973, Whitaker, 1976). Această întâlnire se cuvine să fie reciprocă - terapeutul trebuie să fie o persoană genuină, care catalizează schimbarea, folosindu-se de impactul său personal asupra familiei.

Pentru V. Satir, *demonstrarea griji și acceptării a fost cheia ajutorării persoanelor*, dincolo de frică, deschizându-i față de propria lor experiență și unii față de alții. Astfel, terapeuții experiențiali încearcă să ajute familia, să-i înțeleagă mai profund experiențele personale, dorințele și fricile. Ei sunt pionierii *tehnicilor comunicării spontane a sentimentelor depline* (anxietate, furie, supărare, pliniseală, bucurie etc.). Acești terapeuți (în special Whitaker și colaboratorii săi de la Atlanta Psychiatric Clinic) adesea se manifestă în terapie impulsivi, adorm sau își mărturisesc visele. Kempler susține că „a-ți exprima deplin întreaga personalitate ca terapeut în actul terapeutic creează acea atmosferă încurajatoare pentru ca toți membrii familiei să-și exprime cât mai deplin sau total personalitățile”. Printr-o extremă autodezvăluire sunt provocate stări de maximă deschidere famililor. Cu timpul, Kempler devine mai curând autoîndulgent decât provocativ. De exemplu, el spune: „Dacă terapeutului i se face foame, de el, ar putea spune: Mi-e foame. Sper că pot face asta până la prânz”. (Kempler, 1973, p. 37).

Prin credința sa de a fi „o persoană reală”, deschisă, onestă și spontană, terapeutul îi învață pe membrii familiei să fie la fel. Aceasta presupune că *terapeutul experiențial* își asumă rolul de

*model*, nu numai sănătos și matur, dar și de persoană ale cărei instincte sunt demne de încredere în sine, ca barometru valid în raport cu care membrii familiei se pot evalua pe ei înșiși.

Potrivit lui W. Kempler (1968), în terapia de familie experiențială „*nu există tehnici, ci doar persoane*” (cazuri individuale). Această formulă sintetizează clar accentul pe care experiențialiștii îl pun pe *puterea creativă a personalității terapeutului*. Nu contează atât de mult ceea ce fac terapeuții, cât și ceea ce sunt ei, ce reprezintă ei. Dacă terapeutul este rigid și sever, tratamentul pare să fie prea glacial și profesional pentru a putea genera *climatul emoțional intens*, absolut necesar în maturizarea emoțională. Pe de altă parte, dacă terapeutul este o persoană vitală, conștientă și sensibilă, el (ori ea) va fi capabil(ă) să trezească aceste potențialități în familie. Carl Whitaker îmbrățișează și el această poziție, fiind el însuși exemplul paradigmatic al *terapeutului spontan și creativ*. Cu alte cuvinte, terapeuții care doresc să stimuleze deschidere și autenticitate în comportamentul pacienților trebuie să fie ei înșiși deschiși și autentici. Totuși, terapeuții, oricine ar fi ei, trebuie să facă ceva. Și, chiar dacă ceea ce fac nu este întotdeauna structurat la un înalt nivel sau planificat cu grijă, poate fi cu toate acestea deschis.

În realitate, terapeuții experiențialiști tind să facă o mulțime de lucruri, sunt foarte activi, iar unii folosesc un *număr mare de tehnici bine structurate* (inclusiv Kempler).

După modul în care utilizează tehnicile, terapeuții experiențialiști se grupează în două:

1. **Tehnici structurate.** Terapeuții angajează familia în *activități bine structurate ca: sculptura de familie și coregrafia* (dans) cu scop de stimulare a intensității trăirilor afective pe parcursul ședințelor terapeutice. Se utilizează, de asc-

menea, tehnici împrumutate din *dramaterapie* și *artterapie* (desenul familiei, modelaj etc.). Ședințele se structurează în acest caz pe una sau două tehnici de bază, care antrenează familia într-o activitate comună ce prilejuiește deblocarea afectivității, spontaneității și comunicării autentice. Membrii familiei sunt activ ghidați de terapeut în a-și conștientiza propriile trăiri, imaginile de sine și percepțiile reciproce, gândurile și atitudinile nemărturisite pe care le au unii față de alții. Sunt utilizate și o serie de exerciții de comunicare în scopul clarificării sentimentelor proprii, îndepărtării persoanelor de la lamentații în legătură cu trecutul, prin experimentarea verbală și nonverbală „aici și acum” a găsirii de soluții chiar de către membrii familiei. Virginia Satir a excelat în crearea de astfel de *exerciții de comunicare* și expresie clarificatoare, fiind ea însăși un terapeut cu o abilitate deosebită de comunicare clară, spontaneitate și autodezvăluire personală. Ea a avut o personalitate viguroasă, dinamică și iubitoare, angajându-și clienții de la prima ședință în mod autoritar, dar suportiv, sprijinind fiecare membru al familiei în a-și crește *autoaprecierea*, *autorespectul* și *capacitatea de a-și evidenția intențiile pozitive*. Astfel, *conotațiile pozitive* în comunicare au devenit un indicator strategic, cu mult timp înainte de a se fi dezvoltat orientarea strategică în terapia de familie. Virginia Satir a demonstrat prin terapia sa cum pot fi „încălziți”, înduioșați și cum pot deveni mult mai afectivi membrii familiei unii cu ceilalți.

2. Tehnici nestructurate. Se practică sub forma ședințelor nestructurate, nonstrategice în mod deliberat, insistând pe

ideea de a fi cu familia, mai mult decât pe a face ceva împreună. Acești terapeuți, printre care Carl Whitaker, se bazează pe spontaneitatea și creativitatea de a fi pur și simplu *ei înșiși* în prezența și cu familiile tratate. La baza acestui model terapeutic se află convingerea împărtășită că terapia ar trebui să fie o experiență intensă, emoțională, „aici și acum”. Implicarea emoțională intensă activează puternic reacții de transfer. *Personalitatea terapeutului* și relația de coterapie (recomandată de această orientare) sunt factorii care pot minimaliza potențialul distructiv al unor relații de transfer. Rolul coterapeutului este de a observa reacțiile și sentimentele terapeutului față de pacienți (transferul emoțional) și a le discuta cu acesta după ședință. Pentru a preveni reacțiile de transfer, Whitaker recomandă menținerea unei priviri de ansamblu asupra întregii familii, privită ca un *tot unitar*. Împărtășirea deschisă și liberă a sentimentelor și conlucrarea permanentă cu un terapeut sunt caracteristici de bază în terapia experiențială nestructurată. Stilul lui Whitaker a fost deliberat excentric și provocator (ațipea în timpul ședințelor, se lupta cu pacienții, vorbea despre fantasmele sale sexuale, iar când copiii erau prezenți era alternativ când model parental, când juca el însuși rolul de copil, implicându-i pe aceștia într-o manieră iubitoare și disciplinându-i cu fermitate și forță). Stilul său de lucru era același în lucrul cu indivizii, cu cuplurile sau cu grupurile, favorizând *întâlnirea personală și intimă*, dincolo de teorii și tehnici trasate riguros. Pentru Whitaker, *adecvarea personală a terapeutului*, *abilitatea de a fi iubitor*, *grijuliu*, *fermitatea* și *abilitatea de a fi imprevizibil* sunt

căi de schimbare cu mult mai importante decât tehnicile terapeutice. El crede că experiența, înțelepciunea și creativitatea terapeutului îi vor ghida intențiile mult mai bine decât orice plan preconceptat sau structurat. Terapeuții experiențialiști nu au nevoie de o cale, pentru că ei sunt calea. Ei stimulează prin chiar modelul lor de a fi experiențele emoționale și interacțiunea, ajutând familiile să devină mult mai reale, directe și vitale prin modelarea comportamentului după propriul lor comportament.

Mulți dintre ei sunt foarte provocatori. Whitaker, de exemplu (A. Napier și C. Whitaker, 1978), într-o ședință întreabă fiica-adolescentă dacă ea s-a gândit vreodată că părinții săi ar fi avut o bună viață sexuală.

Kempler concepe terapeutul ca pe un catalizator și un participant activ la interacțiunile familiale. În calitate de catalizator, el face sugestii și dă directive. Directivele tipice include:

- Membrii familiei să se privească unul pe altul;
- Să vorbească mai tare (cu voce pătrunzătoare);
- Să repete anumite stări;
- Să refrizeze remarcile cu mai multă participare emoțională;
- Să folosească sintagma „Eu” în exprimarea stărilor, gândurilor, opiniilor.

Kempler consideră că terapeuții trebuie să-și limiteze impulsul de a presiona, de a instiga, de a forța pacienții. Ei pot fi spontani, dar nu impulsivi. Majoritatea experiențialiștilor sunt de acord că un terapeut foarte cald și suportiv scade riscul de a fi prezent și provocativ. Echilibrul între căldură și exercitarea puterii trebuie păstrat. A încerca să acționezi provocativ în maniera lui Whitaker, dar în absența căldurii și puterii lui de control, poate conduce la eșec.

Fie că sunt dominant provocativi, fie dominant suportivi, terapeuții experiențiali de familie sunt de obicei temperat activi și direcțivi. Ei se adresează frecvent membrilor familiei cu: „Spune-i (lui sau ei) ce simți tu!” sau adresează întrebarea: „Ce simți tu acum?”

Ei observă semnalele nonverbal ale trăirilor, sentimentelor exprimate și neexprimate, notează câte interacțiuni au loc, ce persoane sunt mobile sau rigide și se străduiesc să identifice reacțiile emoționale reprimite, ascunse. O tehnică folosită frecvent este focalizarea cu scop de conștientizare (Kaplan și Kaplan, 1978), prin direcționarea atenției persoanei către ceea ce experimentează într-un anumit moment, inducerea stopării (opririi) gândurilor despre emoțiile trăite și provocarea revelației (insigh-ului) asupra „materialului” de conștientizat. Când membrii familiei par să fie blocați sau defazați, terapeutul focalizează dialogul pe ceea ce pare a fi cel mai energizant pentru deblocare, ca în exemplul următor:

Terapeutul: Văd că te uiți la tata ori de câte ori o întrebi pe mama ceva. De ce?

Ionuț: Nu știu.

Terapeutul: Trebuie să însemne ceva. Hai, spune, ce simți?

Ionuț: Nimic.

Terapeutul: Trebuie să însemne ceva. Ce anume?

Ionuț: Ei, uneori când mama mă lasă să fac ceva, tata, pur și simplu, își iese din fire. Dar în loc să țipe la ea, țipă la mine.

Terapeutul: Spune-i tatălui tău asta.

Ionuț (furios la adresa terapeutului): Lasă-mă în pace!

Terapeutul: Nu, este foarte important. Încearcă să-i spui tatăricului tău ce simți.

*Ionuț (suspînând): Întotdeauna stai cu gura pe mine. Nu mă lași să fac nimic.*

## **Tehnici expresive integrate în terapia experiențială de familie**

Terapeuții experiențiali utilizează un mare număr de tehnici, alegându-le și integrându-le în terapie astfel încât să corespundă scopului de schimbare a interacțiunilor în sistemul familial, potrivit necesităților tuturor membrilor.

Cele mai frecvente tehnici utilizate sunt:

- **Sculptura familială** (B. și F. Duhl, D. Kantor, 1973, Virginia Satir și Baldwin, 1983);
- **Interviul cu păpușile familiale** (Irwin și Mallory, 1975);
- **Artterapia familială** (Geddes și Medway, 1977);
- **Desenul familiei conjugale** (Bing, 1970);
- **Tehnicile gestalt-terapeutice** (Kempler, 1973).

Terapeuții experiențiali utilizează o serie de accesorii necesare (jucării, căsuțe pentru păpuși, cretă, vopsele și hârtie etc.), pe care nu le limitează doar la terapia prin joc cu copiii, ci le integrează ca suport în diferite jocuri și exerciții experiențiale cu toată familia.

a) **Sculptura familială** (Family sculpture) este o tehnică concepută de David Kantor și Fred Duhl, prin care terapeutul solicită tuturor membrilor familiei să se așeze într-un grup statuar cu sens. Fiecărui membru i se cere să-i așeze pe ceilalți într-un tablou semnificativ. Această sarcină portretizează, în termeni de spațiu, postura și atitudine, percepțiile fiecărei persoane despre familie, redată prin sensul grafic (sculptural). Procedul permite o

conștientizare puternică a ceea ce sunt membrii familiei unii față de alții. Virginia Satir a utilizat această tehnică pentru a dramatiza constrângerile rolurilor familiale, adevărate „capcane” psihologice redată postural printr-o gamă de exerciții din seria „family sculpture”. Ea demonstrează și conștientizează membrilor familiei diferite tipuri de relații care există sau pot exista între ei, cu avantajele și dezavantajele lor (V.H. Lewis, H.S. Streifeld, 1972, p. 250 -256). Utilizând această „sculptură” a vieții de familie, Virginia Satir creează *reprezentări tridimensionale asupra raporturilor dintre soți, părinți și copii*.

Adesea, participanții la joc răspund *ca și cum* aceste roluri simbolice ar fi reale. Astfel, portretul „fizic” (postural-atitudinal) poate lua locul celui „emoțional”, sau prilejuiește experimentarea trăirilor emoționale resimțite de membrii grupului sculptural unii față de alții.

Prezentăm în continuare *modelul tehnic terapeutic* utilizat în gama de exerciții maritale și familiale concepute de Virginia Satir.

## **Instructaj – ghid al terapeutului:**

*Citiți următoarea listă de fraze. Alegeți una care ar putea descrie cel mai bine mariajul dumneavoastră. Încercați să adoptați împreună cu partenerul dumneavoastră o poziție fizică, ce concordă cu afirmația aleasă (care să reflecte sensul acestei afirmații). Dacă poziția fizică adoptată reflectă natura relației dumneavoastră, o veți simți, probabil, familiară. Încercați, de asemenea, și o altă poziție (o nouă „sculptură”). Explorați-vă senzațiile proprioceptive în fiecare experiment. Discutați:*



- Cum și ce simțiți despre voi înșivă?
- Cum și ce simțiți față de partenerul(a) dumneavoastră?
- Ce puteți face în fiecare poziție acum și aici?
- Ce nu puteți face?
- Ce simțiți nevoia să faceți sau ce simțiți ca și cum ați face ceea ce ați avea nevoie?

## Exerciții – suport pentru „sculptura familială“

### 1. Poziția „Facem față lumii împreună“

Stați spate în spate, cu brațele înlănțuite. Pretindeți că sunteți bucuroși și vioi. Puteți privi fiecare în jur, înfruntând lumea. Dacă unul dintre voi dorește să înconjoare camera, faceți-o fără să vă dați drumul la mâini. Spuneți dacă puteți face și altceva în afara drumului pe care îl străbateți împreună, în această poziție? Dacă unul dintre voi vrea să se așeze și să citească o carte în timp ce celălalt străbate drumul respectiv, o poate face? Vă puteți simți protejat, dar, de asemenea, înlănțuit, cramponat... Analizați tot ce simțiți în legătură cu această poziție...

**Exercițiu suplimentar:** Ce se întâmplă când copiii se adaugă „sculpturii familiale“? Virginia Satir alege 6 voluntari (2 soți, doi bărbați și două femei care să joace rolul copiilor). Soții sunt așezați în poziția „spate în spate înlănțuiți“.

Primul copil vine și se așează între picioarele părinților săi, făcându-și loc propriu. El încearcă să se sprijine de unul dintre părinți pentru a sta cât mai confortabil (de exemplu, tata). Cu cât se sprijină mai mult de acesta, cu atât „statuia“ maritală se clatină

mai mult, se dezechilibrează (totul este puțin balansat). Virginia Satir a observat că pacienții care manifestau acest dezechilibru comentau frecvent, anterior exercițiului: „După ce mi s-a născut primul copil, totul a început să se clatine...“

Al doilea copil se adaugă grupului. Pentru a stabiliza grupul familial, el îl va sprijini pe tată din exterior, situându-se în fața acestuia și sprijinindu-l cu mâinile pentru a se reechilibra. În acest caz, presiunea asupra mamei crește.

Apare al treilea copil, care vine să susțină poziția mamei, prevenind dezechilibrul acesteia și, prin ea, al întregului grup. El înconjoară cu mâinile talia mamei. Tatăl se simte tras pe spate. Sosește al patrulea copil, care îl ajută să se restabilească pe picioare. Datorită suportului copiilor, părinții sunt acum într-o poziție stabilă.

Întregul aranjament a fost perceput de familie ca incredibil de inconfortabil. Al treilea născut (înlănțuit cu brațele de mama) poate fi considerat copilul mamei. El nu comunică direct decât cu ea, după cum al doilea născut nu comunică direct decât cu tatăl. Dacă mama se întoarce către ceilalți, are o viziune incompletă asupra lor, la fel tatăl pe care îl sprijină. Mama spune: „Am avut o mică problemă respiratorie, m-am simțit prinsă“ (anxietate cauzată pe de o parte de relația prea strânsă cu copilul al treilea, iar pe de alta parte de absența contactului afectiv cu ceilalți). Copilul de la bază (primul născut) afirmă: „Mi-e frică să mă mișc pentru că s-ar putea dărâma totul“. Într-adevăr, prinși într-o poziție cu un suport precar, nici unul nu se poate mișca pentru că astfel se produce „colapsul“ întregii familii. Tatăl afirmă: „Sunt că sunt răsucit, sunt întors pe dos, spatele mă doare și mă clatin“. Al patrulea copil se simte neinclus, pe dinafară, își caută mereu locul. Primul copil se târăște ușor în direcția din fața sa, apoi se ridică pe propriile-i picioare.

Familia nu se dărâmă, dar el spune: „Nu mai vreau să mă întorc acolo! Mi-ajunge cât am stat ghemuit“. Treptat, familia se desface până când fiecare ajunge să stea pe picioarele sale, fără a se mai sprijini pe nimeni altcineva. Dar efortul posturii forțate se resimte. Fiecare respiră acum, în sfârșit, mai ușor. Soția dă drumul mâinilor soțului. „Probabil că el va fi tot acolo când mă întorc“, își spune ea, și face câțiva pași pentru a-și vizita copiii plecați. Ei se îmbrățișează. În final, soțul se simte eliberat, își întinde spatele și picioarele, pentru a respira cât mai adânc, și li se alătură.

Metafora posturală i-a ajutat să-și înțeleagă mai bine pozițiile relaționale și emoționale, deficiențele de comunicare și intercondiționările care le-au impus limitării. Ei singuri și-au modificat poziția pentru a se regăsi într-o postură mai confortabilă, mai liberă, mai matură. În mod spontan, familia a acționat pentru a-și dobândi siguranța, liniștea și plăcerea.

## 2. Poziția „stăpân-sclav“

Se practică pentru conștientizarea raporturilor dominare-submisie în relația maritală. Soția stă pe un scaun, dar având un picior sprijinit pe spina soțului care se află la sol, „în patru labe“. Ei experimentează poziția, se autoobservă și apoi schimbă rolurile. Interesant este faptul că dacă soțul supus încearcă să se târască „în patru labe“ imediat efectul este dezechilibrarea celui dominator, care poate „pica“ de pe scaun. De asemenea, ei conștientizează cât de puțin se văd (se percep) unul pe celălalt (mai ales cel de jos, care pentru a-și vedea parțial stăpânul trebuie să-și răsucescă gâtul într-un mod foarte incomod. Virginia Satir comentează în cadrul acestui exercițiu: „Sunt sigură că ați observat că nimeni nu l-a forțat pe sclav să se așeze în acea poziție, ci că s-a așezat el însuși“. Adesea, bărbatul -sclav va spune: „Ea m-a pus aici...“. „Cum?“ – întreabă terapeutul, ceea ce prilejuiește exprimarea

sentimentelor și conștientizarea relației.

Un tată care face pe sclavul în sculptură decide că nu poate duce greutatea soției și a copiilor în spinare și se târăște, îndepărtându-i unul câte unul. Exercițiul prilejuiește comunicarea autentică și înțelegerea raporturilor și sentimentelor nemărturisite.

## 3. Poziția „Tu și numai tu“

Stând față în față, cu brațele înlănțuite („Ce mai contează lumea din afară“), este o poziție-metaforă pentru conștientizarea relației excesiv de posesive, cu distanța emoțională absentă. Relația creează experimentarea limitelor autonomiei personale. La întrebarea „Ce vrei să faci pe cont propriu?“ se produc insight-uri semnificative privind dependența sau presiunea psihologică („sufocant“). Un răspuns tipic din partea partenerului înlănțuit este: „Mă simt împins în afară“.

## 4. Poziția „În cărca dragonului“

Soțul stă în picioare, drept. Soția agățată în spatele lui, cu brațele înconjurându-i gâtul și pieptul. Ce se întâmplă dacă soțul vrea să traverseze camera? La început, el poate să se simtă destul de puternic, mândru și „bărbat“, dar după 5 minute?! Soția este și ea întrebată ce simte în timp ce este transportată. La început plăcere, apoi...?! Dacă ea dorește să schimbe direcția este posibil fără să schimbe poziția în care se află? „Acum schimbați locurile. Ce simțiți în acest experiment?“

## 5. Poziția „Ne sprijinim unul pe altul“

„Stând față în față, la distanță de un băț, sprijiniți-vă palmele reciproc. Acum unul dintre voi se mișcă din ce în ce mai tare... Celălalt aproape că va cădea în față“. Analiza se practică în același mod. Se vor mișca fiecare, pe rând, și vor analiza efectele.

## 6. Poziția „Pe un pedestal”

Soțul este așezat pe un scaun, iar soția la picioarele lui, pe podea. Își explorează amândoi sentimentele și apoi își schimbă rolurile.

O soție afirmă următoarele: „Nu putem realiza un contact ochi în ochi. Cu mult înainte am resimțit faptul că el era deasupra tuturor...”

## 7. Poziția „oscilație liberă”

„Stând față în față, apropiați-vă atât cât să vă fie bine. Ce simțiți? Mișcați-vă liber în sens „du-te vino”. Atingeți-vă unul pe altul. Duceți-vă fiecare pe drumul lui și întoarceți-vă. Căsătoria voastră poate atinge acest ideal?!”

Comparați-vă sentimentele experimentând diverse poziții. Dacă una dintre ele este modelul căsătoriei dumneavoastră, vă puteți simți fie mai bine, fie mai anxioși. Dacă obișnuți să fiți puternic dependenți de partener, vă poate face să-l vedeți într-un mod nonconfortabil, capabil să vă părăsească și apoi să se întoarcă. Dacă unul dintre voi a fost întotdeauna pe pedestal, veți găsi că este nepotrivit să vă situați la același nivel amândoi. În felul acesta puteți afla natura reală a relației dintre voi.

Sculptura familială, coregrafia sau spațializarea sunt folosite, de asemenea, de Jefferson (1978) pentru a clarifica anumite „scene” ce provin din trecut. Instructajul tipic este: „Amintește-ți de tine cum stăteai în fața casei tale din copilărie. Lasă-te în această imagine, mergi și descrie ce se întâmplă”. Cu această tehnică, se încearcă prin „sculptură” și „coregrafie” (mișcare) să se portreteze percepțiile subiectului asupra vieții lui de familie din copilărie. Este foarte utilă în ascuțirea sensibilității și poate aduce foarte multe informații terapeutului. Este mult mai util dacă se sugerează anumite schimbări, care să fie traduse în acțiuni. „Îți place cum

stai, ce faci? Dacă nu, schimbă poziția așa cum vrei tu ca să-ți fie bine. Și dacă te preocupă asta în mod real, fă ceva referitor la ea și între ședințele terapeutice. Vezi poziția corporală ca un indicator tipic al reacțiilor emoționale la anumite evenimente ale vieții de familie”.

— **Artterapia familială** este o altă tehnică structurată prin exercițiu expresiv.

Kwiatkowska (1967) instruește familiile să deseneze o serie de secvențe ordonate, incluzând „bucățile de viață familială” pe care fiecare persoană să le facă, urmând să le includă într-un desen unificat al familiei (pictura familiei sau tabloul familial).

Bing (1970) solicită familia să se deseneze pe sine, iar Rubin și Magnussen (1974) îi cere ca din bucățile de ceramică să construiască un portret bi sau tridimensional al familiei. Elisabeth Bing descrie tehnica desenului conjugal ca o modalitate de stimulare a căldurii și a exprimării libere a sinelui. Instructajul de bază este: „Desenează un tablou reprezentându-vă pe voi ca familie (așa cum vă vedeți voi pe voi ca familie)”. Rezultatul desenului poate dezvălui percepții care nu erau prevăzute a fi discutate sau poate stimula persoana să înțeleagă ceva prin intermediul desenului, ceva la care nu se gândise până atunci niciodată, ca în exemplele următoare:

Un tată a desenat un tablou al familiei sale în care el apărea stând deoparte, în timp ce soția și copiii, cu brațele încrucișate, ședeau în picioare. Deși această poziție era bine cunoscută soției sale și lui însuși, ei nu vorbiseră niciodată deschis despre semnificația ei. Îndată ce a produs „tabloul” și l-a arătat terapeutului nu a mai existat nici un fel de manevră de evitare.

Când terapeutul i-a rugat pe membrii unei familii să deseneze familia, o adolescentă (fiica) s-a dovedit cam nesigură cu privire

la cum ar fi trebuit să procedeze. Nu se gândise niciodată prea mult la familia ei sau la rolul pe care îl avea ea în această familie. Pe măsură ce lucra, desenul ei părea să iasă din ce în ce mai mult la lumină. După ce a terminat, a fost oarecum surprinsă să descopere că ea se desenase pe sine mai aproape de tatăl și de surorile ei decât de mamă. Acest lucru a provocat o discuție aprinsă între ea și mama sa cu privire la relația lor. Deși cele două își petrecuseră mult timp împreună, fiica nu se simțea apropiată de mamă, deoarece avea sentimentul că este tratată de aceasta ca „un copil”, nevorbindu-i despre preocupările ei și manifestând doar un interes superficial pentru viața fiicei sale. Pe de altă parte, mama a fost surprinsă, dar nu total indispusă, aflând că fiica ei dorea să stabilească o relație bazată mai mult pe egalitate cu ea.

(apud. M. Nichols, R. Schwartz, 1991, p. 301).

O altă tehnică menită să crească expresivitatea este desenul simbolic al spațiului vieții de familie (Geddes și Medway, 1977). Mai întâi terapeutul desenează un cerc mare. El cere familiei să deseneze în interior numai ceea ce reprezintă interiorul familiei, alte persoane sau instituții urmând să fie plasate în desen în afara cercului. Fiecare membru al familiei trebuie să se reprezinte printr-un cerculeț în interiorul cercului familial, în locul pe care îl consideră semnificativ pentru poziția sa în raport cu ceilalți. Terapeutul comentează apoi percepțiile aparente ale membrilor familiei, ca de ex.: „Oh, tu te simți în afara tuturor celorlalți”, sau „Se pare că sora ta este mult mai deschisă față de părinți decât apari tu aici”.

## Tehnici bazate pe joc de rol și dramaterapie

- **Interviul cu păpușile familiale** este o tehnică introdusă de Irwin și Malloy (1975), care constă în solicitarea unuia dintre membrii familiei de a pune în scenă o poveste utilizând păpușile. Această tehnică, folosită inițial în terapia prin joc cu copiii mici, s-a presupus a fi un vehicul pentru exprimarea și iluminarea puternică a conflictelor și alianțelor. Totuși, tehnica se limitează la lucrul cu copiii, pentru că mulți adulți se dovedesc rezistenți în a „regresa” la nivelul acestora și a se exprima în acest mod.

- **Jocul de rol** este o altă tehnică favorită a terapeuților experiențiali. Readucerea schemelor trecute sau a proiecțiilor viitoare în prezent și experimentarea lor „acum și aici” constituie obiectivul de bază. Kempler (1968) îi încurajează pe părinți să fantazeze și să joace roluri și scene trăite în copilărie. Mama poate fi solicitată prin jocul de rol să se comporte așa cum o făcea în copilărie, iar tatăl să joace (să interpreteze) „dilema fiului său”, imaginându-se pe sine în locul lui, drept un băiat de vârsta acestuia, sau el însuși la această vârstă.

Prin această tehnică se explorează blocajele emoționale (rupându-se dialogul familial și lucrându-se cu individul), se investighează amintirile și visele. Lui Kempler, lucrul individual intrapsihic în prezența familiei îi ocupă o foarte mare parte din ședința terapeutică și din majoritatea ședințelor. Rațiunea acestui mod de lucru este convingerea că „problemele personale neîncheiate, nerezolvate”, împiedică întâlnirea autentică cu ceilalți membri ai familiei.

- Se utilizează de asemenea **tehnica scaunului gol**, preluată din gestaltterapie.

Astfel, când un copil vorbește despre bunicul său, este pus

în situația de a i se adresa chiar lui, personificat, substituit de un scaun gol aflat în fața clientului. Această tehnică este deosebit de utilă pentru intensificarea experiențelor emoționale prin „spargerea” amintirilor și a reacțiilor refulate, prin focalizare și acționare. Această tehnică „deschide” dialogul blocat între membrii familiei.

Whitaker (1975) folosește o tehnică a jocului de rol pe care o numește „psihologia absurdului”. Ea constă în accentuarea calităților neraționale (nerezonabile) ale răspunsurilor pacientului până la limita absurdului. Iată un exemplu :

*Soția: - Nu mai pot sta cu soțul meu.*

*Terapeutul: - Atunci, de ce nu ai scăpa de el sau ia-ți un amant!*

Efectul poate fi câștigarea de către pacient a unei distanțe obiective prin participarea la modul de distanțare al terapeutului. Pericolul este însă ca pacientul să se simtă rănit sau luat peste picior.

Se poate sesiza că terapeuții experiențiali de familie acționează ca *agenți provocatori ai unei conștientizări emoționale intense și ai unei expresivități crescute*, care oferă familiilor în dificultate șansa unei revitalizări a relațiilor, a unor interacțiuni mai autentice și a unei comunicări deblocate. Reducând rezistențele emoționale, terapeuții se focalizează mai curând pe valoarea de *schimbare a experienței și mai puțin a înțelegerii*. Terapia prilejuiește o experiență emoțională și de comunicare intensă, și nu atât o acțiune intelectuală, de tip interpretativ. *Schimbarea* produsă este evaluată prin efectul de catalizare a expresiei emoționale în afara ședințelor terapeutice. Rapoartele autorilor asupra validității rezultatelor consemnează efectele pozitive intraterapie, cum ar fi capacitatea unei familii de a avea contacte directe cu fiul schizofren, sau satisfacția familiei posttratament. Rezultatele, în general,

au fost greu de obiectivat în comportamentele schimbate ale fiecărui membru, terapeuții considerând că nu este necesar ca fiecare să se schimbe, cât mai ales să se experimenteze stări emoționale intense care să deblocheze impasul funcțional al familiei în mod spontan. Un alt indicator de succes se referă la satisfacția și caracterul activ - creativ al terapeuților pe parcursul terapiei, în caz de insucces, aceștia fiind plictisiți și neantrenați.

## CONCLUZIE

Desigur, una dintre contribuțiile majore ale terapiei experiențiale de familie este de a nu înceta să ne amintească într-o lume dominată de gândirea sistematică că *durerile și bucuriile individuale, atât de rar menționate, nu trebuie neglijate și că nu trebuie să pierdem din vedere „persoana” în sistem.*



## Scopurile terapeutice

Ca un rezultat al diagnozei pattern-urilor tranzacționale ale familiei Brown, pot fi formulate cinci scopuri terapeutice. Primul și cel mai important este dispariția sindromului anorexiei nervoase.

Al doilea, are în vedere efectuarea unei transformări în subsistemul soților. Aceasta necesită ca tranzacțiile suportive, complementare dintre soți să se intensifice, astfel încât să creeze un subsistem foarte clar delimitat al mamei și tatălui, care să-și educe copiii într-o relație mutual suportivă. Mama trebuie de asemenea să fie mai puțin angajată în educarea copiilor, spre a avea mai mult timp pentru operațiile din subsistemul soților, iar angajamentul tatălui în educarea copiilor trebuie crescut, pentru a-l face apt să-și contacteze copiii direct fără a apela la mamă. Rolul mamei ca și contact, cu alte cuvinte, trebuie să dispară.

Al treilea scop al tratamentului este o transformare în subsistemul fraților. Funcționarea gen capcană a subsistemului trebuie redusă și granițele deschise, astfel încât copiii să poată interacționa cu părinții lor și cu lumea extrafamilială fără a alege un reprezentant al nevoilor lor. Mai mult, trebuie crescută autonomia adecvată vârstei lor pentru toți copiii și o schimbare a poziției lipsită de putere și de „țap ispășitor“ a lui Sally.

Al patrulea scop al terapiei în acest caz este de a face posibilă formarea de diade efective și triade în sistemul total al familiei. Gradul de flexibilitate din cadrul subsistemelor trebuie mărit și funcționarea „tip capcană“ se cere să fie eliminată. Alianțele flexibile și coalițiile trebuie să fie posibile.

Comunicarea în mod clar între toți membrii familiei trebuie întărită. În acest fel, natura reală a tranzacțiilor lor e necesar să fie recunoscută.

## CAPITOLUL V

### TERAPIA TRANSGENERAȚIONALĂ DE FAMILIE

Ar fi un paradox să afirmăm că există o „terapie de familie psihanalitică“, deoarece, după cum se știe, psihanaliza se adresează doar indivizilor separați, deși Freud vorbește mult în teoria sa despre dinamica relațiilor familiale, explicând simptomele prin influența relațiilor pe care persoana simptomatică le are sau le-a avut cu alții, și mai ales cu cei din familia de origine. Astfel că putem, mai degrabă, să spunem că există curente sau orientări ale terapiei de familie care folosesc modelul psihanalitic. Nu trebuie ignorat însă că aproape toate celelalte orientări terapeutice de familie importante provin și se sprijină pe teoria freudiană. Murray Bowen (1976) observa că terapeuții, indiferent de orientarea lor, folosesc două dintre ideile de bază ale psihanalizei. Una este cea referitoare la „tulburarea emoțională care se dezvoltă în relație cu alții. A doua este aceea că relația terapeutică este «tratatul» universal pentru tulburarea emoțională“.

Dacă ne referim strict la orientările de tip psihanalitic ale terapiei de familie, putem scoate în evidență că ele reprezintă, de fapt, o mixtură între gândirea de tip sistemic și psihologia de tip analitic sau psihodinamic. Astfel de orientări sunt denumite deseori ca terapii transgeneraționale deoarece se referă la familiile extinse și, în mod evident, se centrează mai mult pe originile și

natura comportamentelor interpersonale și a structurilor intrapsihice care s-au născut din relaționări din trecut și care se transmit din generație în generație, influențând relaționările prezente.

În cadrul acestor terapii transgeneraționale, locul cel mai important, datorită impactului său extrem de mare asupra domeniului terapiei de familie, îl ocupă terapia lui Murray Bowen, denumită, după numele său, terapia boweniană.

Alături de aceasta se mai remarcă orientarea lui Ivan Boszormenyi-Nagy, denumită terapie familială contextuală, în care găsim o mixtură interesantă de accente pe procesele interpersonale, dar și pe cele intrapsihice.

Noi ne-am oprit însă la a descrie doar terapia de familie a lui Murray Bowen, considerând-o foarte utilă pentru înțelegerea și intervenția terapeutică în familiile care se prezintă în terapie.

**Teoria boweniană** a fost descrisă ca având cea mai comprehensivă viziune asupra comportamentului uman și problemelor umane dintre toate abordările privind tratamentul familial (Nichols & Schwartz, 1991). *Accentul principal în acest model cade pe asigurarea unei teorii a funcționării familiei.* Modelul de terapie derivat din această teorie are o semnificație secundară. Față de alte modele ale terapiei de familie, teoria boweniană tinde să aibă o orientare mai mult intelectuală și o mai mică concentrare pe aspectul emoțional sau experiențial.

Teoriei boweniene formulate de Murray Bowen i s-a atribuit și numele de **teorie sistemică de familie**. Deoarece teoria sistemică de familie era uneori confundată cu teoria sistemică generală, acest nume a fost abandonat și înlocuit cu numele de **teorie boweniană**.

Murray Bowen, medic cu specializare în psihiatrie, și-a făcut rezidența la faimoasa clinică Menninger (Menninger Clinic), recu-

noscută pentru orientarea sa psihanalitică. Aici, Bowen a devenit din ce în ce mai nesatisfăcut de conceptele psihanalitice care nu puteau fi validate prin metode științifice acceptate în mod convențional. Ca urmare, el a început să dezvolte o nouă teorie „concepută să corespundă în mod precis cu principiile evoluției și cu omul ca ființă evolutivă” (Kerr & Bowen, 1988, p. 360). Bowen și-a perfecționat teoria și după mutarea sa la Institutul Național pentru Sănătate Mentală (INSM) în Bethesda, Maryland, în 1954. La INSM, Bowen a admis familii întregi în secția de cercetare psihiatrică. Cercetarea acestor familii a fost ghidată de teoria boweniană, și, astfel, teoria a fost extinsă și modificată de fiecare dată când specialiștii se confruntau cu informații noi sau incompatibile. În timpul celor cinci ani la INSM, cercetarea lui Bowen s-a concentrat pe familiile cu copii schizofreni, și în particular pe relația simbiotică observată între mame și copiii lor. În final, teoria s-a dezvoltat pentru a include întreaga familie, adresându-se și altor tipuri de familii. Bowen spunea (1978):

*„La acel moment, eforturile erau în direcția extinderii orientării teoretice de la un concept familial de schizofrenie la o teorie familială a bolilor emoționale și a adaptării psihoterapiei de familie la o întreagă gamă de boli emoționale”. (p. 105).*

În 1959, Bowen s-a mutat la școala de medicină a Universității Georgetown, astfel că dezvoltarea ulterioară a acestei teorii a avut loc aici. În 1968, Bowen a inițiat un program de pregătire postuniversitară în terapia de familie. La Centrul Familial al Universității Georgetown, el își continuă lucrul la teoria sa și la aplicațiile ei terapeutice. Când Murray Bowen a murit în 1990, domeniul terapiei de familie „a pierdut nu doar pe unul dintre cei mai mari maestri, dar și pe unul dintre cei mai severi critici”. (Becvar, Becvar, 1996).

Alte figuri proeminente care au contribuit la extinderea și aplicarea teoriei boweniene sunt Michael Kerr, Daniel Papero, Philip Guerin, Monica McGoldrick, Betty Carter, Edwin Friedman, Peggy Papp și Thomas Fogerty.

## Premise conceptuale

Bowen pune mult accent pe rigoarea științifică. Științele naturale și, în special, conceptul de evoluție au servit ca modele pentru conceptul de psihologie al lui Bowen. Charles Darwin și Sigmund Freud au avut un impact semnificativ asupra gândirii lui Bowen, motiv pentru care multe concepte din teoria boweniană sunt derivate din gândirea psihanalitică. Însuși Bowen a fost în analiză timp de 13 ani.

Spre deosebire de teoria generală a sistemelor, care accentuează mecanismele de feed-back și sistemele cu autoreglare, modelul lui Bowen este mai apropiat teoriei sistemelor naturale. Aceasta din urmă sugerează că familia, ca toate celelalte sisteme (ex: coloniile de furnici, sistemul solar) este ghidată de procese comune din natură (Goldenberg & Goldenberg, 1991).

Teoria boweniană se bazează pe ideea că oamenii au o moștenire evolutivă comună la nivelele primitive ale funcționării. Acest lucru are un impact semnificativ asupra comportamentului (ex: răspunsurile emoționale reactive și din reflex). Acest aspect al funcționării este universal și transcende contextele istorice și culturale.

De asemenea, din punctul de vedere al lui Bowen, există două forțe vitale care contrabalansează și care sunt relevante pentru funcționarea familiei (Papero, 1991):

- **individualitatea**, o forță naturală cu rădăcinile într-un instinct

de a fi un organism independent de sine stătător;

- **„a fi împreună”**, o forță naturală cu rădăcini într-o nevoie instinctuală pentru alții și un simț de a fi conectat la altă persoană sau un grup.

Aceste forțe sunt universale prin faptul că în toate relațiile există un joc dinamic între individualitate și „a fi împreună”.

O altă idee importantă în teoria boweniană este aceea conform căreia oamenii sunt dotați atât cu **sisteme emoționale**, cât și cu **sisteme intelectuale**. Când aceste sisteme operează separat, dar armonios, individul face o alegere între a reacționa într-un mod emoțional și a reacționa într-un mod intelectual în orice situație dată. Când anxietatea sporește intensitatea emoțională, cele două sisteme, intelectual și emoțional, se amestecă. În consecință, gândirea și comportamentul sunt determinate mai mult emoțional și alegerea este compromisă.

Familia este concepută de Bowen ca un *sistem*, ca o *unitate interdependentă emoțională*. O schimbare într-o parte a sistemului familial va determina schimbări în alte părți și în întreaga familie. Comportamentele în cadrul unei familii au tendința de a se cristaliza în pattern-uri regulate de-a lungul timpului. Aceste pattern-uri sunt frecvent repetate în câteva generații ale familiei respective. Familiile, ca oricare alt sistem, exercită o puternică influență în a-și menține homeostazia, astfel că ele susțin conformitatea comportamentului fiecărui membru, evitând în acest mod schimbările comportamentale. De asemenea, familia stabilește și climatul emoțional și comportamentele pe care membrii le vor manifesta sau recrea în contexte nonfamiliale (de exemplu, cele de muncă, joc etc.).

De aceea, teoria boweniană poate fi aplicată nu doar în cazul familiilor, ci și altor tipuri de grupuri sociale, inclusiv cele implicate în muncă, religie și politică. Aceste grupuri manifestă

procese emoționale similare celor din unitatea familială.

## Principii teoretice

Esența teoriei boweniene este alcătuită din opt concepte fundamentale. Aceste concepte interrelaționate construiesc „piatra de temelie” (Walsh, 1996) a teoriei, și anume sistemul emoțional.

Sistemul emoțional include „forța pe care biologia o definește ca instinct, reproducere, activitate automată controlată de sistemul nervos autonom, stări emoționale subiective și sentimente și forțele care guvernează sistemele de relație... În termeni largi, sistemul emoțional guvernează «dansul vieții» în toate lucrurile vii”. (Bowen, 1975, p. 380).

Un alt termen-cheie de la începutul muncii lui Bowen este masa de ego familial nediferențiat. Acesta se referă la „unitatea emoțională intensă într-o familie care produce emoționalitate ce interferează cu gândirea și împiedică diferențierea individului de familie”. (Bowen, 1978). Hall notează că Bowen nu mai utilizează această terminologie, termenul de „fuziune” fiind cel preferat în mod curent. Astfel, teoria boweniană face o distincție între indivizii care sunt fuzionați și cei care sunt diferențiați. Caracteristica preferată este cea de diferențiere. Prezentăm mai jos cele opt concepte esențiale ale teoriei boweniene, în care diferențierea sinelui este considerată foarte importantă.

Diferențierea sinelui. În contextul unui sistem emoțional, diferențierea sinelui reprezintă gradul relativ de autonomie pe care un individ îl păstrează, în timp ce rămâne în relație semnificativă cu ceilalți. Acești indivizi pot transcede nu doar propriile emoții, ci și cele ale sis-

temului lor familial. De asemenea, astfel de persoane diferențiate sunt mai flexibile, adaptabile și mai autonome. Ca urmare, ele își trăiesc propriile emoții și, deși nu sunt lipsite de conștiința emoțiilor celor din jurul lor, sunt capabile să mențină un grad de obiectivitate și distanță emoțională față de problemele emoționale proprii sau ale altora. De aceea, se consideră că indivizii înalt diferențiați au un eu solid („solid self”), mai integrat. Acesta reprezintă pentru Bowen conceptul de eu care este ghidat în principal de intelect, adică persoana poate acționa sau lua decizii pe baza unor judecăți raționale.

Indivizii cu nivele scăzute de diferențiere tind să fie mult mai rigizi și mai dependenți emoțional de alții, comportamentul fiind direcționat mai degrabă de emoții. Ei sunt ghidați preponderent de pseudo-eul („pseudo-self”) lor. Acesta este un concept de eu care este negociabil cu alții, sensibil la emoții și mai puțin la judecățile raționale. Astfel de persoane vor lua decizii bazate pe sentimente, nu pe principii logice, raționale. De aceea, deciziile luate în momente diferite de timp vor fi inconsistente unele cu altele, dar indivizii cu pseudo-eu nu sunt conștienți de această inconsistență. Bowen (1976) descrie pseudo-eu-ul ca un eu prețins, adică un eu fals, după cum ar spune Winnicott, pe care persoana îl poate simți ca fiind real, deși nu este.

În terapia de familie boweniană se urmărește gradul diferențierii sinelui la fiecare membru al familiei, și în special al copiilor (mai ales dacă aceștia sunt adolescenți sau chiar maturi). Este mult mai probabil ca persoanele cu un grad mic de diferențiere a sinelui față de membrii familiei care dezvoltă anumite simptome să prezinte și ele, la rândul lor, alte, sau chiar aceleași, simptome, comparativ cu persoanele cu un grad mare de diferen-

tiere. De aceea, unul dintre scopurile terapeutice va fi creșterea gradului de autonomie a membrilor familiei, unii față de alții.

Mai mult, conceptele de diferențiere și fuziune sunt foarte importante pentru Bowen (ca și pentru oricare alt terapeut) și în ceea ce privește ipotezele intergeneraționale sau transgeneraționale. Bowen consideră că persoanele care părăsesc familia de origine cu un pseudo-eu sau cele care sunt fuzionate cu familiile lor de origine tind să se căsătorească cu persoane cu care vor putea, de asemenea, să fuzioneze. Astfel, două persoane nediferențiate tind să se găsească unele pe altele. Rezultatul va fi separarea emoțională de familia de origine și fuzionarea soților. Asta presupune că pseudo-eul unuia dintre soți se va baza pe pseudo-eul celuilalt, adică se vor uita unul la celălalt pentru a detecta diferite indicii pentru a alege modul de reacție emoțională și de luare a deciziilor. În felul acesta, „procesele familiale neproductive trec de la o generație la următoarea prin astfel de mariaje”. (Becvar și Becvar, 1996).

**2. Procesul emoțional familial nuclear.** Acest concept descrie gama de pattern-uri relaționale emoționale din sisteme, dintre părinți și copii. Există patru mecanisme utilizate de familie pentru a face față anxietății când aceasta devine prea intensă în familia nucleu. Toate cele patru mecanisme pot fi folosite, dar, de regulă, o familie, mai ales dacă este fuzională, utilizează în mod predominant unul sau mai multe:

- *Distanța emoțională.* Într-un sistem familial fuzional cu nivele înalte de anxietate, un membru al familiei poate mări distanța interpersonală atunci când el sau ea nu mai poate face față reactivității emoționale (Bowen, 1978). Frecvent, aceasta poate deter-

mina o distanță mai mare decât dorește, de fapt, individul.

- *Conflictul marital.* Cantitatea de conflict într-un mariaj este o funcție a gradului de fuziune din relație și a intensității anxietății corespunzătoare. (Papero, 1991). Poate avea loc un proces ciclic în care conflictul este urmat de distanță emoțională, o perioadă de apropiere caldă, apoi o creștere a tensiunii care precipită un alt conflict și, astfel, ciclul se perpetuează.
- *Transmiterea sau proiecția problemei către copil.* De multe ori, problemele dintre soți și anxietatea acestora tind să fie evitate prin concentrarea lor pe unul sau mai mulți copii. Cel mai comun pattern este ca mama să-și concentreze o mare parte din energia sa emoțională pe un copil (ajungându-se chiar la fenomenul de fuziune simbiotică între mamă și copil), în timp ce tatăl se distanțează și este evitat în același timp. Copilului pe care părintele se concentrează îi sporesc reactivitatea și fuziunea sistemului intelectual și emoțional. De aceea, el este cel mai vulnerabil la dezvoltarea unor simptome.
- *Disfuncția într-un soț.* În cazul unui cuplu cu un membru inadecvat sau disfuncțional, iar celălalt în mod deschis adecvat cu scopul de a compensa, se pot dezvolta roluri reciproce. Acest pattern poate lua amploare și poate deveni solid dacă un membru al familiei dezvoltă o maladie fizică sau mentală cronică.



2. **Triunghiurile sau triangularea.** Acest concept este mult legat de cel al proiecției unei probleme asupra unuia sau mai multor copii. Un triunghi este unitatea de bază a interdependenței în sistemul emoțional familial. Pentru Bowen, o diadă, adică un sistem de două persoane, este stabilă atât timp cât ea este calmă. Dacă apar factori stresori care determină creșterea nivelului de anxietate, diada poate rămâne stabilă, dar când anxietatea într-o diadă atinge un nivel mai ridicat, o a treia persoană va fi atrasă în câmpul emoțional al celor doi. De exemplu, nașterea primului copil determină apariția unui triunghi format din cei doi părinți și copil. Sau, atunci când există un conflict între soți, soția poate apela la mama sa pentru a-și reduce anxietatea, implicând-o și pe aceasta în conflictele cu soțul; în felul acesta apare triunghiul format din soț, soție și mama soției. Triunghiurile într-o familie pot fi latente și să nu se manifeste în mod deschis. Totuși, aceste triunghiuri pot fi activate (și se activează frecvent) în timpul perioadelor de stres. Bineînțeles, nivelul stresului sau al anxietății necesar pentru destabilizarea diadei este în strânsă legătură cu gradul de diferențiere al celor doi.

4. **Procesul proiectiv al familiei.** Acest proces se referă la faptul că nivelul de diferențiere al părinților trece mai departe la unul sau mai mulți dintre copiii lor. În mod obișnuit, un copil dintr-o familie va avea o implicare emoțională crescută cu unul dintre părinți. Această supraimplicare poate varia de la părintele care e în mod excesiv îngrijorat de ce se întâmplă cu copilul până la părintele care este extrem de ostil acțiunilor copilului. Dinamica aceasta deteriorează capacitatea copilului de a funcționa eficient în con-

texte sociale. Gradul de diferențiere al părinților și nivelul de stres în familie determină intensitatea procesului proiectiv al familiei.

5. **Înteruperea (distanțarea) emoțională.** În încercarea de a face față fuziunii și absenței diferențierii în relațiile lor interne, membrii familiei sau segmente ale sistemului extins se pot distanța unul de altul și pot deveni separați emoțional (Hall, 1981). Deși individul care întrerupe poate părea că face față relației cu familia, individul rămâne mai vulnerabil la alte relații intense. Kerr (1981) sugerează că întreruperea emoțională indică o problemă - fuziunea dintre generații -, rezolvă o problemă - scade anxietatea asociată cu contactul familial - și crează o problemă - izolează indivizii care ar putea beneficia de contact. Ca rezultat al separării emoționale, individul rămâne prins în sistemul emoțional al familiei și poate fi mai puțin capabil să răspundă eficient la situațiile de rezolvare a problemelor. Disfuncția consecventă se poate manifesta și în alte moduri, cum ar fi relații superficiale, boală fizică, depresie și comportamente impulsive (Walsh, 1980).

6. **Procesul de transmitere multigenerațională.** Tendința puternică de a repeta pattern-urile disfuncționale ale conduitei emoționale în generații succesive culminează cu nivele scăzute de diferențiere a celui pentru anumiți membri ai generațiilor mai tinere (Hall, 1981). Bowen consideră că indivizii la niveluri echivalente de diferențiere, deci fie diferențiați, fie fuzionați, se găsesc unul pe altul și se căsătoresc și pot avea unul sau mai mulți copii cu niveluri mai scăzute de diferențiere. De aceea, ne putem aștepta ca aceste atașamente sau distanțări să fie

mai accentuate la copii decât au fost la părinții lor. Deoarece pattern-ul repetitiv determină în mod succesiv nivele mai scăzute de diferențiere la generațiile următoare, procesul culminează cu un ultim nivel de disfuncție, adică atașamentele (adică fuziunile) sau distanțările emoționale care determină apariția diferitelor simptome care fac ca persoana sau familia să recurgă la terapie.

7. Poziția de frate sau soră. Vârsta mai mare și distribuția pe sexe între frați în aceleași generații au o puternică influență asupra comportamentului (Hall, 1981). Cercetările lui Walter Toman (1969) descriu roluri diferite pe care indivizii le manifestă ca rezultat al poziției lor în familiile de origine, cum ar fi copilul cel mai mare, sora mai mică, cel mai mic copil. De exemplu, într-o familie cu mulți copii, ultimul copil, cel mai mic, poate să fie cu totul ignorat din punct de vedere afectiv, din cauza preocupării și stresului părinților pentru asigurarea hranei și securității familiei. Bowen sugera, de asemenea, că pattern-urile interactive dintre cuplurile maritale pot fi legate de rolurile indivizilor din familiile lor de origine.

8. Procesul emoțional al societății (regresia socială). Acest concept-cheie al lui Bowen are în vedere faptul că procesele caracteristice familiilor pot fi observate și în interacțiunile la nivel social. De exemplu, deoarece există o anxietate crescută și un stres continuu cauzate de crimă, șomaj și poluare, există și o tendință socială către reactivitate emoțională și o probabilitate scăzută a individului de a-și utiliza eficient procesele emoționale. Bowen observa că istoria recentă a societății noastre pare să reflecte acest tip de regresie, adică societatea poate face

față cu succes unor factori stresori situaționali acuti, dar eșuează când factorii stresori se cronicizează. Din pricina stresului cronic, atât societatea, cât și familia pierd contactul cu principiile sistemului lor intelectual și vor acționa în virtutea sistemului emoțional, pierzându-și obiectivitatea.

Sumarizând, cele opt concepte fundamentale ale teoriei boweniene sunt:

1. diferențierea sinelui
2. procesul emoțional al familiei nucleare
3. triumphiurile
4. procesul proiectiv al familiei
5. întreruperea emoțională
6. procesul de transmitere multigenerațională
7. poziția de frate sau soră
8. procesul emoțional al societății

În funcție de aceste noțiuni de bază ale concepției sale, Bowen consideră *familia funcțională* ca fiind cea caracterizată prin viabilitate sau valoarea de supraviețuire a proceselor sale emoționale, mai degrabă decât a se referi la forma sau structura ei. Viabilitatea familiei este, de asemenea, legată de modul cum familia își echilibrează balanța dintre individualitate și „a fi împreună”. *Procesele flexibile ale unei familii sunt acelea care permit diferențierea eului membrilor individuali ai familiei*. Acest tip de familie va fi caracterizat prin *comunicare deschisă, o frecvență scăzută a comportamentelor simptomatice și lipsa întreruperii emoționale*.

Hall (1981), un alt reprezentant al teoriei boweniene,

numește „putere“ procesele familiale care conduc la adaptarea cu succes a unității familiale. Disfuncția este numită „slăbiciune“, ceea ce denotă un grad scăzut de viabilitate a proceselor emoționale. Acesta este distructiv pentru familie, conducând în final la distrugerea ei (Hall, 1981). Procesele disfuncționale într-o familie pot fi manifestate prin niveluri înalte ale intensității emoționale, relații rigide sau restrictive (ex: dependența sau izolarea), prin niveluri scăzute de diferențiere individuală a eului și simptome manifestate la membrii individuali ai familiei.

Așa cum am menționat anterior, Bowen afirmă că indivizii cu nivele similare de diferențiere au tendința să se caute unul pe altul și să se căsătorească. Indivizii cu nivele scăzute de diferențiere care se căsătoresc au o probabilitate mai mare să aibă nivele mai intense de fuziune, ceea ce conduce la problemele descrise anterior. Prin procesul multigenerațional, disfuncția dintr-o generație este trecută membrilor generației următoare și tinde să se perpetueze în această manieră.

Astfel, în procesul terapeutic se va urmări diagnosticarea nivelului de diferențiere al membrilor familiei și intensitatea proceselor emoționale. Totuși, terapeutul evită patologizarea unui membru al familiei frecvent denumit ca „pacient identificat“. În schimb, problema este conceptualizată în termenii unui întreg sistem familial. Începutul evaluării privește informația despre procesele familiei, care este colectată în ședințele inițiale. Terapeuții bowenieni pot structura evaluarea familiei în diferite moduri. Kerr (1981, p. 252) oferă un cadru general pentru un interviu de evaluare, cuprinzând.

- Istoria problemei prezentate;
- Istoria familiei nucleare;
- Istoria sistemului familial extins al soțului;

- Istoria sistemului familial extins al soției;
- Concluzia.

Informația adunată poate fi înregistrată ca o *reprezentare grafică a familiei respective*, numită **genogramă**. Această genogramă constituie un *instrument-cheie* în teoria și terapia boweniană; ea asigură, prin vizualizare, o clarificare a proceselor emoționale ale familiei.

În mod frecvent, genograma conține:

- *evenimentele nodale ale familiei* (ex: evenimentele care au schimbat funcționarea familiei), cum ar fi nașteri, avorturi, divorțuri, separări, boli, accidente, dependențe (cum ar fi cea de alcool sau de drog), decese.
- *caracteristicile sistemului familial*, cum ar fi triumfiurile și separările emoționale, astfel încât sunt evidențiate procesele multigeneraționale care au modelat familia nucleară. De exemplu, cine cu cine vorbește mai des direct sau chiar la telefon, cine cu cine se ceartă, locul rezidenței (adică apropierea membrilor familiei, cine cu cine locuiește sau se vizitează), etc.
- *caracteristicile esențiale ale membrilor familiei*, care dau informații despre persoane, dar și despre modul de reacție, mai ales emoțional, al membrilor familiei în condiții de stres. Aceste informații se referă la originea culturală și etnică, statutul socio-economic, apartenența religioasă, profesie, hobby-uri, dar și caracteristicile de personalitate care au relevanță pentru membrii familiei implicate în terapie și mai ales regulile și căile de a face față conflictelor și momentelor tensionante, care cresc nivelul anxietății.

Genograma familiei servește drept instrument care îl ajută pe terapeut să înțeleagă sistemul emoțional al familiei respective. De asemenea, funcționează ca ghid în terapie și poate fi împărtășit familiei, discutat cu aceasta, ca o componentă a procesului terapeutic, pentru facilitarea unor insight-uri referitoare la procesele emoționale și la nivelul de diferențiere.

Un alt element util pentru diagnoză în teoria boweniană este **scala „diferențierii eului“**. Acest instrument de evaluare a fost dezvoltat de Bowen pentru a măsura și descrie tendința unui individ către individualitate sau către a fi cu ceilalți într-o familie. Scala este un continuum ce reprezintă plaja funcționării umane de la cel mai scăzut nivel de diferențiere (un scor de 0) la cel mai înalt nivel (un scor ce vizează idealul de 100). (Walsh, 1980).

## Scopurile terapiei boweniene de familie

*Cel mai important scop al terapiei boweniene este îmbunătățirea diferențierii eului* (Bowen, 1978). Cu o diferențiere crescută, membrii individuali ai familiei sunt mai capabili să tolereze anxietatea și să-și acceseze funcțiile intelectuale. Reactivitatea emoțională scăzută și funcționarea intelectuală sporită sunt realizate prin atingerea altor scopuri ale tratamentului din acest model.

Bowen (1978, p. 291) afirmă că un scop în terapia de familie este: *„de a reduce nivelul anxietății, de a îmbunătăți nivelul comunicării deschise responsabile în cadrul familiei și de a reduce comunicarea iresponsabilă, subterană a secretelor și bârfelor cu alții“*.

Un alt scop al tratamentului este de a *scădea separarea emoțională și de a rezolva treburile neterminate cu familia de*

*origine*. În modelul bowenian, terapeuții au scopuri pentru ei înșiși, care sunt cruciale pentru atingerea scopurilor familiei:

- *Anxietate redusă în câmpul emoțional pentru a îmbunătăți nivelul funcțional al diferențierii eului și pentru a reduce simptomele,*
- *Îmbunătățirea nivelului de bază al diferențierii pentru a crește adaptabilitatea persoanei la câmpurile emoționale intense.*

Reducerea simptomului și anxietatea scăzută pot apărea relativ rapid în tratament (ex: de la câteva ședințe până la câteva luni de tratament), însă îmbunătățirea în nivelul de bază al diferențierii este un proces pe termen lung care poate lua un număr de ani.

## Procesul terapeutic

O primă preocupare în procesul terapeutic (de tratament) este afirmată de Bowen astfel:

*„Progresul în terapie depinde de abilitatea terapeutului de a se raporta plin de semnificație la familie, fără a deveni implicat emoțional în sistemul familial“ (1978, p. 312).*

Bowen a listat *cinci funcții principale* ale terapeutului în procesul de tratament cu familia (Papero, 1991, p. 61):

- *Să definească și să clarifice relația dintre soți (să dezvolte și să utilizeze genograma);*
- *Să păstreze eul în afara triumghiului sistemului emoțional al familiei;*
- *Să învețe funcționarea sistemului emoțional utilizând princi-*

piile modelului;

- Să demonstreze diferențierea prin conducerea eului în cursul terapiei;
- Să rezolve separările.

Kerr și Bowen (1988) sugerează utilizarea următoarelor întrebări în proces:

- Cine a inițiat terapia?
- Care este simptomul și care membru al familiei sau relație de familie este simptomatică?
- Care este sistemul relațional imediat (asta înseamnă de obicei familia nucleară) al persoanei simptomatice?
- Care sunt pattern-urile funcționării emoționale în familia nucleară?
- Care este intensitatea procesului emoțional în familia nucleară?
- Ce influențează această intensitate, o încărcătură excesivă de evenimente stresante sau un nivel redus de adaptabilitate?
- Care este natura sistemelor familiale extinse?
- Care este gradul separării emoționale din cadrul fiecărui sistem familial extins?
- Care este prognoza?
- Care sunt direcțiile importante pentru terapie?

Dacă terapeutul rămâne în afara triunghiului și familia este capabilă să interacționeze într-o atmosferă de anxietate și reactivitate scăzute, progresul va apărea.

## Tehnicile terapeutice ale terapiei boweniene

Nu se poate afirma că ar exista anumite tehnici terapeutice specifice orientării boweniene, dar important este că *terapeutul se concentrează asupra înțelegerii procesului emoțional al familiei, în timp ce rămâne în afara triunghiurilor*. Totuși, anumite tehnici sunt frecvent angajate pentru a înainta procesul terapeutic.

- ① Una dintre ele, utilizată pentru a menține anxietatea și reactivitatea emoțională scăzute în timpul ședinței, constă în a-i pune pe membrii familiei să vorbească terapeutului, în loc să fie puși să vorbească direct unul cu altul.

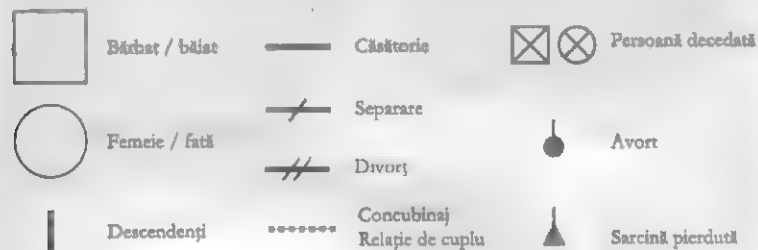
- ② O altă tehnică utilă este de a se concentra asupra proceselor intelectuale și de gândire prin punerea frecventă a unor întrebări. Externalizarea gândirii membrilor familiei îi ajută pe aceștia să poată auzi perspectiva fiecăruia.

Terapeutul de tip bowenian rămâne *neutru emoțional* și evită să ia partea cuiva, de aceea, terapeutul rămâne în afara triunghiului sistemului emoțional familial. Terapeutul menține *neutralitatea emoțională* în cadrul ședinței și prin *utilizarea modelării atitudinii nonverbale* și prin *utilizarea adecvată a umorului*. Aceasta conduce la reducerea fuziunii și a separării emoționale în sistem. Când e cazul, este utilizată *învățarea didactică* pentru a asigura un cadru cognitiv, la care familia se poate raporta pentru a înțelege problemele și procesul terapeutic. Intenția este de a *ajuta indivizii să-și sporească conștiința rolurilor lor în procesul sistemului familial*.

- ③ **Genogramele** sunt utilizate pentru a organiza informațiile referitoare la sistemul familial și pentru a asigura un mijloc de a atrage familia în terapie. Genograma permite, de asemenea, atât terapeutului, cât și familiei să examineze și să înțeleagă familia în



contextul ei intergenerațional. De regulă, ea conține o hartă a trei generații ale familiei nucleu, cea care, de altfel, apelează la terapie. Fiecare tip de informație din genogramă este reprezentată grafic printr-o serie de simboluri, cum ar fi cele oferite mai jos:



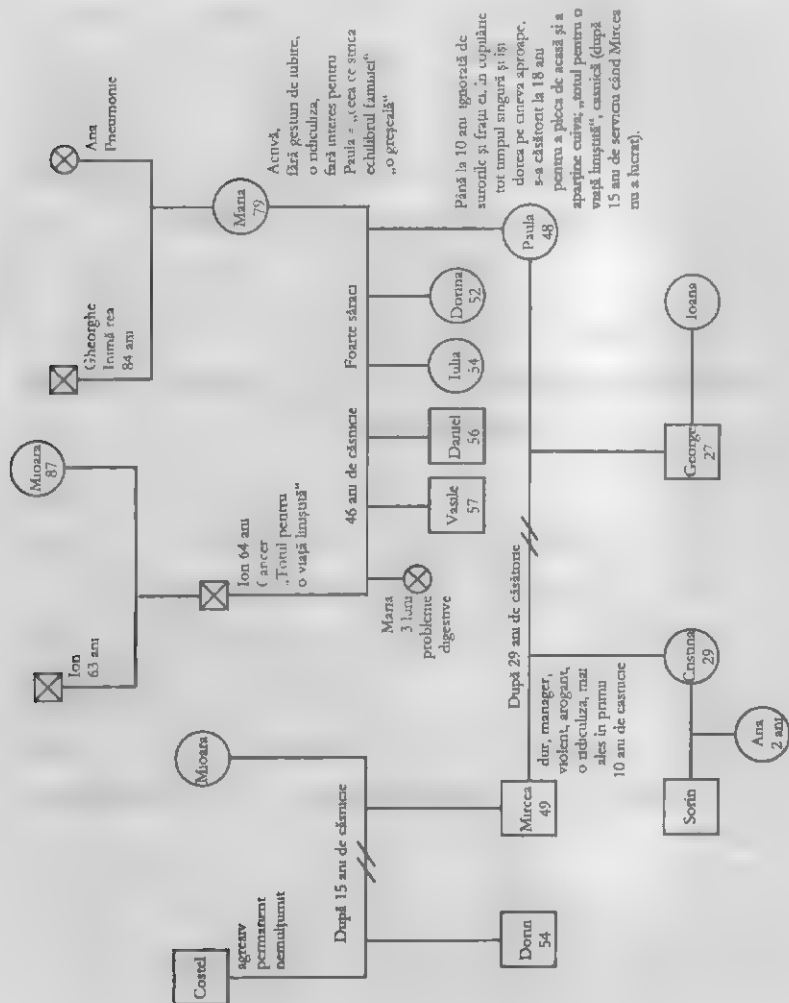
Genograma oferă o imagine mai clară care îi poate ajuta pe membrii familiei să aibă o nouă perspectivă asupra pattern-urilor lor de comportament și de relaționare în contextul familiei extinse, și nu doar o perspectivă limitată la un singur membru, cel simptomatic. În felul acesta, sentimentele de culpă, de jenă, de îngrijorare ale persoanei simptomatice tind să se reducă, sesizând că pattern-ul său de reacție la stres mai există și la alți membri ai familiei sale extinse, chiar dacă acesta poate lua o altă formă. Mai mult, acest pattern putea fi imitat inconștient de persoana simptomatică de la un alt membru simptomatic din familie, iar conștientizarea acestui fapt, insight-ul asupra acestei transmiteri transgeneraționale, are efecte terapeutice incontestabile pentru întreaga familie, și mai ales asupra membrului simptomatic, al cărui proces de diferențiere a sinelui deja a început.

Prin observarea în genograme a procesului de transmitere multigenerațională a pattern-urilor de relaționare, a rolurilor implicate de poziția pe care fiecare membru o ocupă în sistemul familial (frate mai mare, copil unic etc.), a triumfiurilor, a procesului de proiecție familială se parcurge, de fapt, o primă

treaptă în procesul de diferențiere a sinelui membrilor familiei și în procesul de remodelare a relațiilor și modurilor de a face față anxietății. Astfel, Bowen încurajează clienții săi să se cunoască mai întâi unii pe alții așa cum sunt și să cunoască familia așa cum este ea, înainte de a face vreo schimbare. Acest lucru este considerat de Bowen mai important decât restabilirea păcii și armoniei familiei. Liniștea familiei va veni o dată cu modificarea relațiilor dintre membrii familiei, iar aceasta nu poate avea loc decât dacă membrii familiei înțeleg ce se întâmplă, ce este în neregulă cu ei și de ce. Deci, tehnicele boweniene, mai ales genograma, au rolul de a declanșa insight-uri. Asta înseamnă că orientarea boweniană caută să schimbe familia prin schimbarea indivizilor care alcătuiesc familia respectivă.

Alte tehnici folosite de terapeuții de orientare boweniană sunt cele referitoare la încurajarea unor vizite, scrisori, telefoane, cu scopul de a reînnoi relațiile abandonate (cauzate de întreruperile emoționale), sau încurajarea unor roluri diferite de cele avute până atunci de membrii familiei care vor permite diferențieri ale membrilor unii de alții, adică obținerea unui grad de autonomie a indivizilor unii față de alții. Acesta va duce la rândul său la eliberarea de simptome, la o mai bună adaptare și integrare familială și socială.

Iată mai departe un exemplu de genogramă a familiei unei cliente care s-a prezentat la noi în terapie din cauza anxietății și depresiei severe, cu tentative suicidare repetate pricinuite de separarea de soțul ei (care în final s-a soldat cu divorț):



Genograma familiei Paulei.

Deși în terapia boweniană accentul cade mai degrabă pe individ sau pe cuplu, mai ales cel al părinților, chiar dacă familia vine pentru o problemă a copilului (transformând, astfel, „problema copilului” în „problema părinților”), totuși există și o **terapie boweniană multiplă de familie**, adică cu un grup de familii. Ea se folosește pentru a spori procesul de învățare a familiei prin intermediul observării proceselor emoționale ale altor familii din terapie. Familiile se întâlnesc într-un grup, iar terapeutul lucrează cu o familie o dată, în timp ce celelalte familii observă ce se întâmplă, obținând insight-uri prin poziția de *martor*.

Fie că terapeutul lucrează cu un individ sau cu o familie separat ori într-un grup de familii, sarcina sa primară este de a rămâne în afara procesului emoțional al familiei. Terapeutul observă îndeaproape procesul comunicării, obține o înțelegere a dinamicii familiei și creează o anumită atmosferă în ședință, unde poate avea loc diferențierea. Prin menținerea poziției „Eu”, adică *păstrarea poziției cuiva bazată pe gândire, mai degrabă decât pe emoție, în ciuda presiunii emoționale din partea familiei*, terapeutul ajută familia să atingă un punct important, asigurând în același timp calmul și răspunsurile raționale. De aceea, el trebuie să aducă în procesul terapeutic propriul său nivel funcțional de diferențiere a sinelui. Ca urmare, Bowen îi încurajează pe toți terapeuții, mai ales la începutul carierei lor, să facă o analiză atentă și minuțioasă a propriei lor genograme, pentru identificarea gradului lor de diferențiere a sinelui și îmbunătățirea acestuia, deși diferențierea sinelui de familia de origine este un proces care se desfășoară de-a lungul întregii vieți. Important este ca el să se producă în mod conștient pentru a fi eficient.

## CONCLUZII

Teoria și terapia boweniană ne oferă un model de terapeut care își asumă rolul unui observator, cercetător și profesor neutru al familiei aflate în terapie. Mai mult, ne oferă un model de familie și de indivizi presupus a fi cel mai bun. O astfel de poziționare a terapeutului față de clienții săi vine în contradicție cu ideea de a accepta familia sau persoana așa cum este ea, și în special cu noțiunile de „bun” sau „rău”, „corect” sau „incorect” care pot fi judecate doar în context. Este extrem de vizibil faptul că orientarea boweniană pune accentul pe responsabilitatea părinților pentru problemele copiilor. Unii critici ai orientării psihanalitice, în general, și ai celei boweniene, în particular, subliniază faptul că o astfel de gândire amplifică sentimentele de vinovăție pe care oamenii oricum le au atunci când este vorba despre problemele lor, sau, mai ales, ale copiilor lor, deși adepții acestor orientări afirmă că nu fac altceva decât să crească gradul de responsabilitate al oamenilor față de acțiunile lor.

În ciuda criticilor aduse, Murray Bowen rămâne un nume de referință în domeniul psihoterapiei prin elaborarea uneia dintre cele mai complete teorii a terapiei de familie, extrem de utilă în înțelegerea funcționării psihologice a indivizilor, cuplurilor și a familiilor, precum și în ghidarea intervențiilor terapeutice, indiferent de orientarea terapeutică din care ele provin.

## CAPITOLUL VII

### TERAPIA SISTEMICĂ DE FAMILIE

Când ne referim la acest model al terapiei de familie, ne gândim în primul rând la modelul Școlii de la Milano, reprezentată de psihiatrii italieni Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin și Guiliana Prata, model elaborat în jurul anului 1978, când au apărut cele mai importante lucrări ale acestor reprezentanți. În 1980 însă, această echipă de terapeuți s-a divizat în două perechi iar fiecare din acestea a urmat o orientare ușor diferită de cea a celeilalte, astfel încât există, practic, două modele de terapie sistemică de familie. Astfel, Selvini-Palazzoli și Prata au ocupat de efectele unei singure intervenții terapeutice, în timp ce Boscolo și Cecchin s-au centrat pe dezvoltarea unor noi metode de training. Din 1982, Prata și Selvini-Palazzoli s-au separat și au lucrat pe cont propriu. Din acest motiv, în acest capitol vom detalia caracteristicile modelului inițial al terapiei sistemică, adică cel al Școlii de la Milano, dar vom menționa și noutățile aduse de noua orientare sistemică a lui Boscolo și Cecchin.

#### Premise conceptuale

Școala de la Milano a fost denumită „sistemică” deoarece are la bază gândirea sistemică a lui Gregory Bateson (conceptele și metodele acestuia), dar a primit influențe semnificative și din partea lui Jan Haley, precum și din partea orientării reprezentan-

șilor Institutului de Cercetări Mentale, drept pentru care terapia sistemică este denumită uneori și „o variantă a modelelor strategice sau comunicaționale“ (Walsh, McGrow, 1996, p. 74). Bineînțeles, membrii echipei milaneze aveau la bază pregătirea psihanalitică, dar ei au fost profund nemulțumiți de rezultatele minimale pe care le aveau după în urma numeroaselor ședințe psihanalitice, în special în cazurile pacienților cu tulburări psihice severe (de exemplu, pacienții cu diagnosticul de schizofrenie sau tulburare alimentară). De aceea, ei și-au elaborat treptat propria lor teorie, dar au păstrat din modelul psihanalitic ideea că pattern-urile interacționale se păstrează de la o generație la alta, drept pentru care terapeutul sistemic consideră importantă istoria familiei pe care o are în cabinet.

Ideea de bază a terapiei sistemice este aceea de sistem, așa cum este ea înțeleasă de conceptualizarea teoriei generale a sistemelor asupra comportamentelor umane, și mai ales asupra familiei. Contribuții semnificative la dezvoltarea teoriei sistemelor familiale au avut Gregory Bateson, Murray Bowen, Salvador Minuhin și Jay Haley. Cele mai cunoscute și importante *trăsături ale modelelor ce concep familia ca sistem sunt* (după Walsh și McGrow, 1996, p. 5-6):

- Întregul este mai mare decât suma părților sale constitutive;
- Componentele unui sistem pot fi înțelese doar în contextul întregului sistem. Din moment ce comportamentul uman apare în context social, el poate fi înțeles doar în acest context;
- Cauzalitatea liniară este înlocuită de noțiunile de *cauzalitate circulară, simultană și reciprocă*;
- Schimbarea uneia dintre părțile sistemului social (de ex. a unui membru al familiei influențează toate celelalte părți

ale sistemului (de ex. întreaga familie);

- Tendința unui sistem este de a căuta să-și mențină homeostazia sau echilibrul. Această funcție de menținere a homeostaziei servește la păstrarea stabilității, iar uneori împiedică schimbarea;
- Când o familie nu mai este în echilibru, mecanismele de feed-back încearcă să *readucă familia în echilibrul inițial*;
- *Metodele folosite pentru a restaura echilibrul* (de ex. ce anume face familia pentru a rezolva problemele apărute în interiorul ei) *pot deveni ele însele probleme*;
- Intervențiile dintr-o perspectivă sistemică se centrează mai curând pe relațiile din interiorul întregului sistem familial, decât pe unul dintre membrii familiei (de ex. pe cel care prezintă simptomul).

## Caracteristici ale terapiei sistemice

Terapia sistemică are în vedere însă nu doar **sistemul familial**, ci și **sistemul terapeut-familie**, deoarece pleacă de la *premisele că terapeutul nu reprezintă un element exterior familiei, ci unul direct implicat în viața acesteia*, cel puțin pentru un anumit timp. Mai mult, inițial echipa de terapeuți ai Școlii de la Milano forma o echipă în adevăratul sens al cuvântului, adică întreaga echipă participa la procesul terapeutic, însă doar unul dintre ei sau doi terapeuți lua contact direct cu familia. Astfel se *înlătură bariera dintre sistemul familial și terapeut*, ceea ce duce și la *modificarea conceptului de „neutralitate“ a terapeutului* pe care îl susținea abordarea psihanalitică (vom reveni asupra analizei neutralității când vom detalia procesul terapeutic).

O altă caracteristică a terapiei sistemice este *accentul pus*

mai mult pe *procesul schimbării*, și mai puțin pe *modalitățile de menținere a homeostaziei*. Așa cum menționam mai devreme, una dintre tendințele sistemului familial este aceea de a-și menține echilibrul. În această încercare, atunci când familia se confruntă cu o dificultate, metodele folosite pentru a o înlătura pot deveni la rândul lor probleme, ceea ce afectează echilibrul familiei. Totuși, familia va face tot ce este posibil pentru a menține echilibrul care îi permite să existe și în continuare. De aici ideea terapeuților de orientare sistemică conform căreia *simptomul (problema cu care se prezintă familia la terapie) servește o anumită funcție în sistemul familial*. De regulă, această funcție este aceea de a susține și promova anumite idei, credințe, percepții sau fantasme (numite general „mituri”) ale sistemului familial ce duc la anumite tipuri de comportamente menite să mențină stabilitatea sistemului familial. De aceea, este nevoie ca terapeutul să formuleze încă de la început ipoteze cu privire la rolul pe care îl joacă simptomul în echilibrarea sistemului familial. Pentru asta, el trebuie să aibă în vedere nu doar simptomul, ci și cognițiile și comportamentele familiei pentru a-și orienta intervenția terapeutică. Fiind centrați mai mult pe procesul schimbării, terapeuții de orientare sistemică distanțează în timp ședințele pentru a permite intervențiilor lor să acționeze și să aibă efecte maxime. Din acest motiv, terapia sistemică a mai fost denumită și *terapie de familie „de lungă-scurtă durată”*, ea fiind scurtă prin numărul relativ mic de ședințe (între 5 și 8 ședințe, maximum menționat fiind 12), dar lungă datorită intervalelor lungi de timp dintre ședințe (Tomm, 1984, p. 122).

Importanța *sistemului de credințe* al familiei reiese foarte clar din ceea ce Boscolo și colaboratorii săi spuneau în 1987: „Chiar de la început grupul de la Milano consideră în mod serios faptele mentale drept comportamente. Filosofia lor cu privire la

schimbare e legată de ideea că familiile vin cu «planuri» despre ceea ce se întâmplă, iar terapeutul încearcă să modifice aceste «planuri»... Ei caută un «mit» sau o «premisă» care aparent menține comportamentele atașate de problemă și încearcă să menționeze această premisă sau mit în mesajele lor către familie. Desori ei fac comentarii cu privire la rolul problemei într-un astfel de mit.” (p. 19)

De aici apare și **paradoxul** pe care terapeuții de orientare sistemică l-au subliniat: familiile vin la terapie pentru a se schimba, dar, totuși, *acțiunile fiecărui membru al familiei caută să împiedice procesul schimbării, tocmai pentru a nu pierde stabilitatea/echilibrul obținut cu ajutorul simptomului*. Mesajul comun este, după cum arată Tomm : „*Ne confruntăm cu asta (membrul simptomatic care trebuie să se schimbe)... dar noi ca familie suntem în regulă... (și intenționăm să rămânem neschimbați)*” (1984, p.115). În felul acesta, încet dar sigur, grupul de la Milano au devenit conștienți că o parte a familiei nu se putea schimba decât dacă se făceau modificări complementare în întreaga familie.

Înțelegerea acestei nevoi de a oferi schimbări complementare în toți membrii familiei a dus la crearea unor intervenții care să *spargă bariera pusă de nevoile paradoxale ale familiei de a se schimba, dar și de a rămâne stabilă, în același timp*. Intervențiile au luat forma **contraparadoxului** care urmărea să înlocuiască paradoxul impus de familie: „*(deși noi, ca terapeuți, suntem definiți ca agenți ai schimbării), noi credem că voi nu ar trebui să vă schimbați pentru că asta vă va ajuta la...*” (Tomm, 1984, p. 115). Această intervenție paradoxală oferă o conotație pozitivă tuturor pattern-urilor cu rol de păstrare a echilibrului familial; în felul acesta, familia este pusă în situația de a alege, mai mult sau mai puțin conștient, varianta schimbării, pentru că alegând cealaltă



variantă (cu toată „binecuvântarea“ teraputului) va ajunge în impas, ceea ce va provoca automat schimbarea, tocmai pentru a se păstra homeostazia.

O altă idee a lui Bateson care a marcat lucrul terapeutic al grupului de la Milano a fost aceea că **sistemul evoluează, chiar dacă el pare a fi blocat**. De aici au apărut intervențiile terapeutice care introduc noi conexiuni și cele care introduc noi distincții în gândire sau acțiune. Astfel, informația este introdusă fie explicit, prin *reformulare*, fie implicit, prin *prescrierea unui ritual familial*. În ambele cazuri, terapeutul acționează ca un catalizator, *scopul* său fiind cele *de a activa un proces în care familia va crea noi pattern-uri comportamentale și credințe care să susțină acest proces de creare de noi pattern-uri* (Tomm, 1984).

Foarte util pentru practica terapeutică s-a dovedit a fi ideea modelului sistemic care se referă la *considerarea fenomenelor mentale ca reflexe ale fenomenelor sociale*. Deci, o problemă mentală este o problemă în interacțiunea socială. Construită pe ideea **cauzalității circulare** (o parte a sistemului le influențează pe toate celelalte, care, la rândul lor, prin feed-back, influențează acea parte) și transpusă în terapie, această idee duce la intervenții terapeutice care să vizeze *pattern-urile interacționale* și mai puțin problemele intrapsihice ale indivizilor luați izolat. Prin asta se *diminuează sentimentele de vină și responsabilitate pentru schimbare* care inundau psihicul clientului simptomatic, crescând responsabilitatea fiecărui membru al familiei aflat într-o anumită relație cu acesta. Deci, fiecare membru al familiei este considerat ca participant la menținerea simptomului, și deci, toți membrii trebuie să își modifice pattern-urile interacționale.

Merită menționat însă că, deși apelează foarte frecvent la principiul cauzalității circulare, grupul de la Milano nu consideră

îndirea liniară (A îl influențează pe B) ca incorectă, ci doar limitată pentru scopurile terapiei de familie.

De asemenea, grupul de la Milano s-a concentrat și pe **„tirania condiționării lingvistice“** (Selvini-Palazzoli și colab., 1978, p. 1) care, chiar datorită naturii ei, îi face pe terapeuți și clienți să gândească într-o manieră liniară, intrapsihică, care ignoră contextul. Astfel, grupul a modificat verbul „a fi“ cu „a părea“ și „a arăta“, pentru a oferi o nouă viziune asupra familiei. De regulă, vom găsi clienții spunând: „*tatăl e depresiv*“, în loc de „*tatăl manifestă unele trece printr-o depresie*“. Prima formulare scoate tatăl din contextul în care se află. Ultima implică ideea că acel comportament este parte dintr-un context mai larg și ne trimite cu gândul la efectele pe care manifestarea depresiei le are asupra familiei. De aceea, terapeuții sistemici atrag atenția asupra „etichetelor“ pe care suntem tentați să le atribuim clienților și deci, să spunem, mai degrabă, că un copil se *comportă* agresiv, în loc de *este* agresiv. Deși nu putem să ne eliberăm total de sub tirania lingvistică, putem totuși cu efort conștient să folosim limbajul în mod util, prin metafore și povești, pentru a provoca schimbarea în familie. Cu alte cuvinte, schimbarea va fi adusă de modificări în înțelesuri sau acțiuni.

## Scopurile terapiei sistemice

Se poate deduce din ceea ce am spus mai sus că **scopul terapiei sistemice de familie este acela de a ajuta familia să descopere, să întrerupă și, eventual să schimbe regulile „jocurilor“ lor, adică ale dinamicii relaționale pe care se bazează disfuncția familiei**. O familie e considerată disfuncțională când există în interiorul sistemului acesteia pattern-uri interacționale blocate, rigide, care, fie au

fost preluate din generațiile anterioare, fie aparțin familiei actuale. Familiile disfuncționale folosesc „planuri” vechi, devenite inutile pentru reflectarea realității curente pentru a ghida comportamentele actuale. Astfel, jocurile familiei dau naștere unor simptome care aduc familia la terapie. Este evident faptul că soluția găsită de familie la problema cu care se confruntă va fi diferită de scopul pe care îl va avea terapeutul. Acesta va urmări nu doar eliberarea de simptom și schimbarea proceselor interpersonale, dar va dorește și ca familia să înțeleagă rostul simptomului (conexiunile dintre simptom și „jocul” familiei). Un alt scop este acela de a determina familia să creeze căi diferite pentru flexibilizarea modalităților de relaționare din interiorul său.

### Procesul terapeutic

Pentru atingerea scopurilor formulate, terapeuții de orientare sistemică folosesc în lucrul lor cele trei principii fundamentale (amintite pe scurt mai devreme) ale acestei orientări:

- formularea ipotezelor
- neutralitatea
- circularitatea

*Formularea ipotezelor se referă la supozițiile pe care echipa terapeutică, în colaborare cu familia, le face cu privire la natura problemei familiei.* Aceste ipoteze nu sunt supuse unei judecăți de valoare, astfel că ele nu sunt considerate bune ori rele, ci se acceptă sau nu în funcție de utilitatea lor în procesul de aflare a unor noi informații care ar putea determina schimbarea sistemului familial. În modelul clasic al grupului de la Milano, aceste procese de formulare de ipoteze, considerat procesul central în terapie, se realiza înainte de a se întâlni familia, în așa-numita **președință**. Ea

avea deci o importanță deosebită, deoarece echipa terapeutică aduna și analiza datele despre familie obținute prin telefon de infirmieră (este vorba de un prim interviu scurt, telefonic), atunci când centrul era contactat de familie pentru a stabili o întâlnire. Deși informațiile erau destul de limitate, terapeuții puteau extrage suficiente date sigure, ce ofereau o bază de plecare terapeutului care urma să lucreze direct cu familia. Ipotezele cu care terapeutul debuta ședința puteau fi confirmate sau infirmate de mărturiile și informațiile care veneau în cursul ședinței. Informațiile provin din observarea interacțiunilor, din răspunsurile date la indicațiile terapeutice, din întrebările puse.

Ipotezele formulate de echipa terapeutică au rolul de a ghida terapeutul în chestionarea membrilor familiei cu privire la rolul simptomului în sistemul familial. Întrebările adresate familiei vizează chestiuni specifice ale contextului familial. De exemplu: „Ce anume v-a determinat să apelați la terapie?”, „Cine beneficiază cel mai mult de situația actuală?” sau „Care este motivația pentru schimbare?”.

În modelul clasic al grupului milanez, răspunsurile la întrebări confirmau sau respingeau ipotezele, iar procesul de formulare de ipoteze se oprea la prima ședință cu familia. Ulterior, după scindarea grupului, s-a depășit această limită, elaborarea de ipoteze devenind un proces ce se continua de-a lungul întregii interacțiuni cu sistemul familial, din necesitatea de a se plia pe *unicitatea* fiecărei familii cu care se vine în contact. Astfel, *răspunsurile date de familie la întrebările terapeutului vor da naștere la noi ipoteze de lucru ce vor duce la o înțelegere mai aprofundată a organizării și funcționării sistemului familial și la o planificare a intervențiilor terapeutice.*

De asemenea, modelele noi de terapie sistemică au dezvoltat

tat ideea autonomiei familiale și s-a ajuns la concluzia că nu se poate trasa o graniță clară între familiile disfuncționale și cele funcționale, adică între cele sănătoase și cele patologice. De aceea, timpul rezervat președinției s-a redus considerabil, iar ipotezele și planurile de lucru se formulează în contactul direct cu familia și împreună cu aceasta. Această manieră diferită de lucru a noii orientări sistemice „il eliberează pe terapeut din capcana presupunerii că știe care este realitatea. De asemenea, îl eliberează de materializarea ipotezelor echipei (materializare care devine un pericol dacă se uită că acest proces există și astfel ne autoinducem în eroare crezând că noi nu participăm la crearea universului fenomenelor umane” (Burbatti, Castoldi, Maggi, 1993, p. 64)

Deci ipotezele sunt gândite mai puțin ca descrieri posibile din partea unui observator cu privire la pattern-urile și interacțiunile de comunicare ce s-au cristalizat în timp, ca explicații temporale sau cauzale ale evenimentelor sau secvențelor de evenimente (pentru a deduce cum funcționează familia și cum va evolua ea), și mai mult ca mijloace de promovare a unei interpretări comune care nu depinde de observator-terapeut, ci de interacțiunea acestui observator cu un sistem particular. Burbatti, Castoldi și Maggi (1993) atenționează: „Când cineva elaborează ipoteze, trebuie să țină minte că sistemul familial contribuie activ, aplicându-și premisele și categoriile descriptive la aceleași fenomene observate de terapeut” (p. 65)

Neutralitatea presupune, în modelul Școlii de la Milano, ca terapeutul să adopte o poziție liberă de orice judecăți morale și o distanță psihologică egală față de fiecare membru al familiei. Prin asta, terapeutul și echipa susțin fiecare membru al familiei în mod egal. Se poate simți în mod evident influența psihanalitică asupra rolului terapeutului. Așa cum au observat însă criticii acestui tip

de neutralitate, terapeutul ar trebui să își controleze meticulos în timpul observației limbajul verbal și cel nonverbal. În practică, acest gen de terapeut „aseptic”, exterior, este greu de realizat și aici nu este de dorit. Și asta deoarece nu s-ar putea ajunge la aceeași participare activă a terapeutului în procesul interacțional cu sistemul familial, în procesul de creare colectivă a unui teritoriu al semnificațiilor comune.

De aceea, s-a revizuit acest concept, ajungându-se la ideea că neutralitatea se referă la „atitudinea globală a terapeutului în raport cu totalitatea sistemului” (Burbatti, Castoldi, Maggi, 1993, p. 66). În felul acesta, intervențiile terapeutului vor avea conotații pozitive sau negative în conformitate cu răspunsurile primite din partea familiei referitoare la comunicările individuale ale membrilor. Asta va duce și la alianțe temporare cu unul sau altul dintre membrii familiei, de regulă cel aflat în poziție de inferioritate, dacă asta ajută la implementarea schimbării în sistemul familial. Asta nu înseamnă însă că terapeutul nu tinde spre un echilibru al relațiilor lui cu fiecare membru al familiei. Este în continuare valabil pentru acest concept fundamental al terapiei sistemice ca terapeutul să se abțină de la judecăți de valoare cu privire la orice element caracteristic al familiei din fața sa, dar și să manifeste respect pentru modul de a fi, de a înțelege lumea și de a acționa al familiei. Orice grup social, și deci și familia, funcționează datorită unor reguli care derivă din propria concepție despre lume, iar aceasta, natural, se conectează cu contextul particular al grupului respectiv. Terapeutul nu e chemat să judece, ci să înțeleagă și să accepte chiar și puncte de vedere care nu fac parte din sistemul său de valori.

Acest principiu este cu atât mai greu de menținut cu cât dorința sau tendința de a intra într-o legătură mai puternică cu familia, pentru a o ajuta, este mai mare. Dar nu trebuie uitat că, prin

intervenția sa, terapeutul creează un nou sistem, cel terapeut-familie, iar orice acțiune a terapeutului ar putea fi capabilă să distrugă echilibrul pe care familia reușise să îl obțină în timp cu o serie de ajustări. Astfel, terapeutul trebuie să manifeste mare grijă pentru a facilita deschiderea unui drum pentru familie către un nou tip de echilibru.

**Circularitatea**, derivată din conceptul lui Bateson de cibernetică circulară și cel de cauzalitate circulară, se referă la centrarea pe relațiile existente în interiorul sistemului familial, mai ales pe cum sunt ele percepute diferit de fiecare dintre membrii familiei. Asta presupune ca terapeutul să chestioneze un membru al familiei referitor la modul în care el percepe relația dintre alți membri ai familiei. Este vorba de așa-numitul „model triadic”, în care se pun întrebări circulare ce aduc o nouă lumină asupra faptelor și comportamentelor din familie. Aceste întrebări circulare sunt o tehnică, un instrument terapeutic extrem de util, deoarece, atunci când se adresează o întrebare unei componente a sistemului familial despre relația dintre alți doi membri, terapeutul obține, în replică, o definiție a relației pe care cel întrebat o are cu cele două persoane. Dar să ne oprim mai mult asupra întrebărilor circulare, dar și a celorlalte tehnici terapeutice.

## Tehnicile terapiei sistemice

**Întrebările circulare**, prin faptul că cer unui membru al familiei să comenteze sau să speculeze cu privire la credințele, sentimentele și comportamentele altor membri ai familiei, se folosesc și pentru a diagnostica sistemul familial, oferind ocazia terapeutului și/sau echipei să descopere dinamica sistemului familial, să dezvolte, să testeze și să nuanțeze ipotezele inițiale.

Iată câteva exemple:

- „Dacă sora ta ar pleca de acasă, cine crezi că se va supăra cel mai rău?”
- „Dacă îl întreb pe tatăl tău, cu cine crezi că va fi el de acord: cu mama sau cu fratele tău?”
- „Când fratele tău începe să își piardă controlul, ce face tatăl tău?”
- „Părinții tăi se ceartă mai mult după ce tatăl tău s-a îmbolnăvit?”
- „Ce crezi că o determină pe mama ta să nu îți audă dorințele?”
- „Cum ați descrie relația dintre soțul dumneavoastră și copiii?”

Evident, evaluarea răspunsurilor la aceste tipuri de întrebări nu se limitează doar la canalul verbal, ci dimpotrivă, expresivitatea nonverbală a celui care răspunde este extrem de edificatoare, analizarea ei de terapeut permițându-i acestuia o mai bună înțelegere a relațiilor din familia observată.

Mai mult, întrebările circulare fac posibilă clarificarea concepțiilor diverse ale altor membrii și compararea diferitelor puncte de vedere individuale. Acest lucru este util atât pentru terapeut, cât și pentru clienți, căci ei devin conștienți de cum este organizată și cum funcționează familia lor. De asemenea, facilitează formularea ipotezelor, pentru că prin răspunsul persoanei se fac presupuneri, se reexaminează prezumpțiile și se stabilesc conexiuni între evenimente.

Burbatti, Castoldi și Maggi (1993) atrag atenția asupra folosirii excesive a întrebărilor circulare care ar avea riscul „împărtășirii” unei atmosfere artificiale în timpul ședinței. Uneori membrii familiei devin obosiți, iritați atunci când încearcă să urmărească

calea destul de întortocheată a terapeutului și exprimă aceste sentimente în timpul ședinței de cele mai multe ori într-o manieră nonverbală. De aceea, terapeutul trebuie să fie totdeauna conștient de ceea ce se întâmplă cu membrii familiei și să fie receptiv la mesajele lor.

Alte tehnici terapeutice utilizate în orientarea sistemică, alături de formularea ipotezelor și întrebările circulare, sunt:

**Utilizarea conotației pozitive**, a motivelor pozitive atribuite pattern-urilor comportamentale simptomatice ale unui membru sau ale familiei. Această tehnică, denumită în alte orientări reformulare, este considerată fundamentală pentru obținerea succesului în orientarea școlii milaneze.

**Prescrierea simptomului** este o tehnică paradoxală prin care familia, sau doar un membru al acesteia, este direcționată spre a manifesta în continuare simptomul pentru care s-a prezentat la terapie. Dacă această indicație este urmată, se demonstrează că simptomul se află sub controlul voluntar al persoanei sau familiei; dacă nu se urmează, înseamnă că familia a renunțat la simptom și poate funcționa fără el. Spre deosebire de prescrierea simptomului pe care o găsim la Haley în modelul strategic, cea utilizată de grupul de la Milano nu are ca scop apariția mecanismelor defensive, a rezistențelor, ci stimularea capacităților familiei de a găsi propriile soluții la simptomul cu care se confruntă.

**Mesajele diferite din echipa terapeutică** reprezintă un tip de prescriere în care familia primește un mesaj din partea echipei terapeutice prin care aceasta din urmă declară că are păreri sau idei diferite de cele ale terapeutului care lucrează direct cu familia referitoare la o anumită ches-

une aflată în discuție. Scopul urmărit este cel de a permite familiei să găsească propriile explicații și rezolvare. De exemplu, se poate spune sau scrie (printr-o scrisoare) familiei că *„Jumătate din echipa terapeutică consideră că tatăl manifestă grijă atunci când își protejează fata de mamă; cealaltă jumătate consideră comportamentul tatălui ca o cale de a o ajuta pe mamă să se descurce cu fata care este destul de puternică“*.

**Ritualurile și ceremoniile** sunt metode prin care se prescriu anumite tipuri de comportamente menite să modifice jocurile familiei. Terapeutul trebuie să fie foarte minuțios în descrierea detaliilor specifice (adică cine, unde, ce, când, cum etc.) ale ritualului pe care familia trebuie să îl urmeze pas cu pas. Iată un exemplu (Selvini-Palazzoli și colab., 1978, p. 5):

*„Din două în două zile – marțea, joia și sâmbăta – începând de mâine până la ședința viitoare, și între orele...și ... (asigurați-vă că toată familia este acasă între aceste ore) indiferent de ce face X (numele celui care prezintă simptomul, urmat de toate comportamentele simptomatice pe care le are – copilul, de exemplu-), tatăl va decide singur, la discreție, ce să facă cu X. Mama va trebui să se comporte ca și cum nu ar fi acolo. În celelalte zile – lunea, miercurea, vinerea – la aceleași ore, indiferent de ce va face X, mama va avea puterea de a decide ce va fi necesar să se facă referitor la X. Tatăl va trebui să se comporte ca și cum nu ar fi acolo. Duminica, toată lumea se va purta în mod spontan. Fiecare părinte, în ziua care îi este adresată, trebuie să scrie într-un jurnal orice încălcare din partea partenerului său a regulii de a nu se amesteca.*

*În unele cazuri sarcina de a înregistra în jurnal posibilele greșeli ale părinților se poate încredința unui alt copil sau chiar pacientului însuși dacă acesta este capabil să o îndeplinească.*

Prescrierile invariante reprezintă un tip specific de prescriere pe care Selvini-Palazzoli îl folosește în cazul familiilor cu copii schizofrenici sau anorexici. Ele au la bază ideea că acești copii încearcă prin simptomul lor să rezolve impasul în care se află relația dintre cei doi părinți. De aceea, părinții vor fi intervievați singuri și li se vor da aceste prescripții pentru a trasa o graniță clară și stabilă între cele două generații. Iată un exemplu tot din Selvini-Palazzoli (1986, p. 341-342):

*„Țineți secret tot ce am discutat în această ședință. Din când în când, ieșiți seara înainte de cină în oraș. Nimeni nu trebuie avertizat că veți pleca. Lăsați doar un bilețel pe care să scrieți «Nu vom fi diseară acasă». Dacă, atunci când vă întoarceți, unul din copii vă va întreba unde ați fost, răspundeți calm «Asta ne privește doar pe noi doi». Mai mult, țineți fiecare un jurnal, bine ascuns și departe de copii, în care veți nota data și veți descrie comportamentul verbal și nonverbal al fiecărui copil, al altor membri ai familiei, pentru că este extrem de important ca nimic să nu fie uitat sau omis. Data viitoare veniți tot singuri, cu jurnalul, pentru a citi tare ce s-a întâmplat între timp“.*

Dispariția părinților reprezintă o componentă a prescrierii invariante în care părinții „dispar“ dându-le copiilor informații minimale referitoare la acțiunile lor. Se urmărește astfel să se descopere și să se modifice jocurile familiei.

Părinții-terapeuți este o tehnică (sau un proces terapeutic) folosită de regulă în ședința a patra, după ce părinții au demonstrat că au putut ține secretul față de copii. Terapeutul denumeste apoi părinții drept co-terapeuți și, astfel, „*cuplul patogenic se transformă în cuplul vindecător al copilului lor, prin asta, vindecându-se ei înșiși prin modificarea pattern-urilor relaționale*“ (Selvini-Palazzoli și colab., 1989, p. 236)

Contraparadoxul reprezintă tehnica menită să inducă mesaje contradictorii în sistemul familial. Cel mai frecvent contraparadox utilizat de Selvini-Palazzoli este cel prin care se informează familia că deși terapeuții sunt agenți ai schimbării, ei nu doresc ca familia să schimbe ceea ce pare a fi un echilibru în cadrul ei, și de aceea prescriu să nu se facă nici o schimbare deocamdată.

Instigarea este tehnica prin care unul dintre membrii familiei îl ațâță pe un altul împotriva unui al treilea, ca parte a unui proces interacțional aflat în desfășurare.

## Etapele procesului terapeutic

Selvini-Palazzoli și colaboratorii săi au descris 4 etape sau faze ale procesului terapeutic (după Burbatti, Castoldi, Maggi, 1996):

1. **Președința** – în care echipa terapeutică analizează datele disponibile (din formularele telefonice, fișele conținând date despre eventualele ședințe anterioare) și elaborează variate ipoteze cu privire la natura problemei familiei, la jocurile acesteia, ipoteze ce vor constitui suportul terapiei la intrarea acestuia în contact direct cu familia.



2. **Ședința propriu-zisă** – în care echipa se sparge în două grupuri: cel care va intra în contact direct cu familia (inițial lucrau doi terapeuți, un bărbat și o femeie, dar, actualmente, doar un singur terapeut colaborează cu familia) și cel care observă (direct, prin oglinda unidirecțională sau prin urmărirea înregistrărilor video). Terapeutul (sau terapeuții) strânge (strâng) informații de la familie pentru a testa ipotezele ce au fost formulate de echipă în președință. În același timp, el introduce informații în sistemul familial prin întrebările circulare, observații metacomunicative, punctări și clarificări. Uneori, prima ședință propriu-zisă este singura ocazie în care echipa poate aduna informații despre contextul social mai larg în care familia există, deoarece la această primă ședință pot participa și membri ai familiei extinse sau alți participanți la viața familială (de exemplu vecini, prieteni, asistente medicale, baby-siteri etc.).

3. **Postședința** – în care echipa reunită analizează și trage concluzii cu privire la situația existentă, ia în considerare atât noile informații, cât și ipotezele formulate și verifică dacă acestea din urmă sunt utile în construirea planului explicativ referitor la desfășurarea jocului familial.

4. **Intervenția finală** – terapeutul reintră în cabinetul de terapie și comentează ce s-a descoperit prin conversația cu echipa observatoare sau prescrie o sarcină ce trebuie îndeplinită, după care părăsește familia. În general, intervenția finală se prezintă sub forma unei prescrieri (paradox, ritual etc.), care va fi formulată clar, concis, în termeni accesibili familiei. Terapeutul nu comunică niciodată direct ceea ce crede echipa despre caz, deoarece se folo-

sește acest element de mister pentru formularea paradoxurilor, contraparaadoxurilor, a mesajelor neclare ce vizează tocmai confuzia familiei, confuzie ce va stimula generarea de către familie a unor noi soluții la problema cu care se confruntă.

Există și o a cincea etapă, adăugată nu de Selvini-Palazzoli, ci de Burbatti și colaboratorii, care se desfășoară însă în afara limitelor spațiale ale cabinetului terapeutic (unde are loc interacțiunea terapeut-familie), dar nu și în afara contextului terapeutic:

5. **Procesarea feed-back-ului din partea familiei** – feed-back-ul rezultat din intervenția finală a ședinței anterioare, ce acționează ca un input, este luat în considerare în ședința viitoare și analizat de întreaga echipă terapeutică. Având în vedere că modificările privesc întregul grup familial, este necesar să se acorde suficient timp pentru a avea loc restructurarea urmărită prin intervenția terapeutică folosită. De aceea, *perioada de timp dintre ședințe este de regulă de o lună, dar se poate întinde și pe intervale mai mari.*

Întregul proces se va relua la următoarea întâlnire cu familia. De regulă, la a doua întâlnire, doar membrii familiei nucleare sunt invitați să participe. Acum se recunosc modificările apărute și se explorează mai în detaliu chestiunile mai intime, ce nu puteau fi dezvăluite altor persoane din afara familiei nucleare. Se petrece mai puțin timp pentru problema pentru care s-a cerut ajutor. După Walsh și McGrow, al doilea interviu are următoarele trei componente:

1. **Faza de conectare:** terapeutul continuă să strângă informații de la familie, iar familia este învățată să observe și să recunoască diferențele

2. *Faza de analiză*: analiza se centrează pe interacțiunile din nucleul familiei

3. *Faza de testare*: terapeutul testează motivația familiei și explorează părțile sistemului familial care vor susține întreruperea jocurilor familiale.

Terminarea terapiei va avea loc atunci când se va ajunge la un acord comun între terapeuți și familie cu privire la momentul oportun în care aceasta să se producă. Echipa terapeutică întotdeauna respectă și acceptă decizia familiei de a încheia terapia. De regulă, la sfârșitul terapiei, terapeutul avertizează familia că este posibil să existe reveniri ale simptomului sau se îndoiește că efectele vor fi de lungă durată. Scopul acestor avertizări este, evident, de a normaliza eventualele recăderi.

În varianta revizuită a modelului sistemic de terapie de familie, președinta s-a condensat semnificativ, ea aproape dispărând și lăsând locul întâlnirii directe cu familia.

O altă diferență vizează procesul formulării ipotezelor care începe, așa cum am mai menționat, abia după ce se intră în relație cu sistemul familial. Mai mult, se formulează doar o singură ipoteză, preliminară, nu mai multe cum se întâmpla în modelul clasic, iar aceasta va fi dezvoltată ulterior în cadrul ședinței terapeutice. De asemenea, în cadrul acestei ședințe, terapeutul se preocupă mai mult de relația ce există între familie și persoana care i-a recomandat acesteia terapia, iar ipoteza se va referi la această relație.

Merită (re)amintită aici și diferența de atitudine terapeutică pe care noul model sistemic o aduce, aceea de a se coaliza cu unul dintre membrii familiei, dacă acest lucru este benefic pentru familie.

Se observă cum accentul se deplasează de la procesul formulării ipotezelor – în modelul clasic - la procesul interacțiunii dintre

echipa terapeutică și sistemul familial. Tocmai această interacțiune s-a dovedit a fi un stimul esențial pentru procesul de restructurare a sistemului familial.

Ilustrăm procesul terapeutic familial de orientare sistemică cu un caz de dereglare psihică, cu complicații serioase alimentare, la un bărbat cu sindrom Down (preluat din Burbatti, Castoldi și Maggi, 1993, p. 29 - 37) :

## Studiu de caz

Pacientul era un bărbat de 24 de ani, Marco, al cărui caz avea serioase implicații organice, căruia i s-a dat într-un târziu diagnosticul de anorexie nervoasă. A primit acest diagnostic în ultima perioadă de spitalizare. Prognostica era aceea a decesului în cel mult o lună. După primul interviu în spital, au trecut 2 luni. Acum are loc interviul cu noi în care se prezintă următorul profil clinic: cardiopatie Eisenmenger, atrofie la un rinichi, dereglări gastrice și hemoragie intestinală. Recomandarea de a se face terapie de familie fusese făcută de medicul personal la care familia se întorsese pentru a cere sfaturi, după ce tânărul fusese eliberat din spital de către medici (care declaraseră că nu sunt capabili să trateze anorexia nervoasă). Terapia de familie ar fi fost un ultim efort într-o situație care nu oferea o altă alternativă. Oricum, nici medicul de familie și nici familia nu aveau mare încredere în el.

În primele 6 luni, pacientul vomitase persistent și cu câteva săptămâni înainte de a veni la noi nu mai putuse să mănânce mâncare solidă. Cu câteva zile înainte de prima ședință de terapie, Marco nu mai putea să consume cei 2 litri de lapte pe zi, care până atunci reprezentaseră singura sursă de hrană. Tânărul avea hemoragie intestinală persistentă și cântărea 36 kg, față de greutatea sa

normală, de 52 kg.

Pacientul era al treilea născut din cei 4 frați (2 fete și 2 băieți). Una din cele două surori trăia în Germania, unde era căsătorită, iar familia locuia aici (în Italia, N. Trad.) de mulți ani datorită unui transfer de muncă al tatălui, care era director în domeniul instrumentelor de precizie. După pensionarea tatălui cu doi ani în urmă, părinții și cei doi frați se mutaseră înapoi în Italia.

Luke, cel mai tânăr din cei doi frați, era în ultimul an de liceu. Marco era angajat într-un centru de educație socială, la care nu se ducea regulat din cauza sănătății sale șubrede. Oricum, acesta era motivul dat de familia lui pentru prezența sa neregulată și lucrătorii de la centru erau alarmați de deteriorarea progresivă a sănătății lui Marco. Ca urmare, evitau să îl pună la un program de învățare ori la activități recreative. Pacientul era așa de slăbit, încât nimeni nu putea să facă o propunere concretă, chiar nici pentru o activitate cu timp redus.

Prima consultație a fost dedicată în întregime formulării unui diagnostic și înțelegerii a ceea ce familia spera să realizeze prin terapia de familie. Echipa de terapeuți formulase deja două ipoteze diferite în etapa președinței.

Prima ipoteză era aceea că simptomatologia putea fi atribuită simptomelor patologice asociate cu sindromul Down, devenit mai acut, în particular din pricina dereglărilor gastrice preexistente, așa cum erau indicate în înregistrările clinice. Dacă așa stăteau lucrurile, stresul pe care pacientul îl puna pe seama problemelor alimentare putea să fie o reacție sub nivelul standard, reacție provenită din dorința de a nega un handicap împreună cu toate celelalte efecte ale sindromului Down care îl afectează progresiv pe tânăr. În acest fel, simptomele alimentare au permis părinților să-și îndepărteze atenția de la procesul ce privea manifestarea

simptomelor caracteristice sindromului Down. Astfel, înrăutățirea condiției patologice organice a lui Marco ar fi fost negată, iar responsabilitatea pentru problemele fizice curente ar fi fost atribuită unor cauze externe (aceasta ar fi fost asociată cu un diagnostic de anorexie nervoasă). De aceea ne-am confruntat cu o dilemă: să refuzăm să ne ocupăm de un caz disperat, explicând părinților că boala fiului lor era deja într-un stadiu final și că nu era o boală psihică? Sau să acceptăm cazul pentru o boală pe care Marco nu o avea?

A doua ipoteză era aceea că pacientul își exprima dezordinea psihică într-un mod care includea sfera alimentară, deși această nu era în concordanță cu profilul clinic al anorexiei nervoase. Dacă acceptam această ipoteză, atunci grija familiei în legătură cu problemele alimentare și cererea lor către noi de a ne ocupa de aspectele psihice ale condiției lui Marco nu ar fi fost o negare a gravității condiției lui organice. Deși părinții acceptaseră posibilitatea morții fiului lor din cauze naturale, ca urmare a evoluției spontane a sindromului Down, nu puteau tolera ideea că fiul lor ar putea să moară de foame. Din aceste motive a fost solicitată terapia, pentru a îndepărta dereglările psihice care reprezentau un risc pentru pacient, facilitând moartea acestuia, situație care nu a fost anticipată de istoricul clinic al lui Marco. Dacă așa stăteau lucrurile, era necesară psihoterapia, dar echipa de terapeuți nu era sigură de posibilitatea de a-și atinge scopurile. Ar permite condiția fizică îngrozitoare a pacientului să participe activ la ședințe și să tragă un folos din ele? Sau își supraestimau capacitatea lor profesională astfel încât nu mai puteau evalua obiectiv situația?

La finalul fazei de evaluare, echipa s-a împărțit în două tabere. Oricum, ambele părți erau de acord că aveau un imperativ deontologic de realizat, indiferent care dintre ipoteze se dovedea

corectă. Era necesară o evaluare a deciziei de a se accepta și familia în ședințele de terapie, pornind de la cererea lor explicită pentru intervenție, având ca singur scop rezolvarea dereglărilor alimentare. Fără excepție, echipa era de acord că viitorul nu era optimist, din cauza sănătății din ce în ce mai proaste a pacientului Oricum, am fi simțit obligația de a nu abandona familia. Intervenția terapeuților ar fi fost cel puțin un suport pentru familie în perioada aceea dificilă. Echipa de terapeuți i-a comunicat familiei să revină peste o lună pentru a începe terapia pentru a rezolva problema alimentară și că erau optimiști, deși terapia ar fi putut dura o lungă perioadă de timp. În acest fel, un mesaj implicit a fost dat familiei. Marco era obligat să supraviețuiască pentru a face terapie.

Pacientul a sosit la prima ședință de terapie cu o extraordinară îmbunătățire fizică. Și testele clinice făcute între timp indicau această schimbare. Marco începuse să mănânce din nou și nu mai avea nici o hemoragie intestinală, deși vomitatul și o serie de ritualuri legate de mâncare persistau încă.

Pe măsură ce ședința a progresat, ipoteza că familia nu a tolera ca apariția patologiei psihice să îi pună în pericol viața lui Marco apărea din ce în ce mai clară. Mama, vorbind în numele ei dar și a celorlalți, a spus că familia ar putea să accepte moartea lui Marco ca urmare a unor cauze organice, dar nu „pentru că Marco nu mai mănâncă“.

Această a doua ședință era clar una crucială în care a devenit limpede faptul că era o dereglare de comunicare pe care terapeuții au asociat-o cu apariția simptomului. Părinții lui Marco au vorbit despre disconfortul lor față de întrebările lui permanente și insistente legate de faptul că era diferit de alții (fapte pe care el îl observase corect) și față de întrebările sale urgente și presante despre căsătoria lui, serviciul militar și obținerea permisului de

conducere. Aceste întrebări, asociate cu evenimentele normale din ciclul vieții unui tânăr sănătos de vârsta lui Marco, au creat anxietate aproape paralizantă pentru ceilalți membri ai familiei și i-au umulat să caute tot felul de căi pentru a-i răspunde fără a-l jigni sau răni. Întotdeauna evitau să-i spună clar adevăratul motiv pentru care dorințele sale nu puteau fi realizate, folosind diferite pretexte cum ar fi vârsta sau cardiopatia lui. L-au trimis și la specialiști pentru a obține răspuns la întrebările lui. Marco, având o serie de cunoștințe și nefiind întârziat mental profund, acceptase parțial logica răspunsurilor lor. Totuși maniera lor nu a funcționat bine; era ceva în legătură cu ea care nu îl satisfăcea. În ultimele luni, Marco nu a dat familiei nici un răspuns la întrebările sale. În acest stadiu, vârsta lui nu-i permitea familiei să amâne explicațiile pe care el le cerea spunându-i că era prea tânăr.

În timpul ședinței, echipa de terapeuți a formulat ipoteza că Marco nu mai accepta reticența familiei și a cerut ca membrii acesteia să elucideze problema lui Marco și să comunice unul cu altul într-o manieră neechivocă. Marco a dat dovadă de interes, concentrându-se și implicându-se emoțional în procedurile ședinței, astfel încât echipa era convinsă de importanța problemei care a fost identificată: era pentru prima dată când familia lui Marco vorbea despre handicapul lui în prezența acestuia, dar și în prezența unui terapeut. Durerea și reticiența lor erau de înțeles, dar trebuiau să trateze cu Marco într-o manieră clară și directă.

La sfârșitul ședinței li s-a dat sarcina de a continua să vorbească despre asta până la următoarea întâlnire care avea loc peste 3 luni. Ambii părinți urmau să observe cu mare atenție comportamentul lui Marco, notând întrebările pe care el le punea. Fiecare dintre ei urma să consemneze răspunsurile și explicațiile pe care celălalt le dădea și apoi urma să le discute împreună. Pentru a

menține atmosfera liniștită, terapeutul le-a spus că puteau să hotărască ținerea în secret a acestei sarcini față de copiii lor sau puteau să vorebească despre ea, dar dacă făceau acest lucru, trebuiau să vorbească cu ambii copii. Părinții au acceptat, și au fost rugați băieții să intre înapoi în cameră. Ședința s-a încheiat în prezența tuturor.

După o vară, când familia s-a reîntors pentru a treia ședință, părinții au dezvăluit că nu și-au putut realiza sarcina (care nu fusese comunicată copiilor), deoarece Marco se opriase brusc din a mai pune întrebări.

Condiția fizică a lui Marco era satisfăcătoare. Era o îmbunătățire clară, observată și în datele medicale. Marco câștigase 3kg, avea o alimentație aproape normală și vomita sporadic. Își recăpătase buna dispoziție și arăta interes pentru activitățile zilnice de la centrul de educație socială.

Următorul pas al terapiei a fost să-i ceară lui Marco să frecventeze cursurile centrului zilnic, până la ora 14.00, deși recunoșteau dificultățile care puteau interveni (în același timp, centrul era în restructurare).

Două luni mai târziu, în a patra ședință, situația era deja stabilă în ce privea profilul clinic. Familia urmase instrucțiunile, și Marco frecventase cu regularitate centrul fără a-și fi compromis sănătatea. Părinții au raportat că profesorii au fost foarte mulțumiți de participarea activă a lui Marco. Singura problemă rămasă era refuzul lui de a mânca la centru. Chestionarea cu privire la cauza acestui comportament nu a relevat vreun element de patologie. Marco pur și simplu prefera să mănânce acasă cu fratele său, fiind sigur că fiecare dorință a sa referitoare la mâncare era satisfăcută. Profesorii și părinții au preferat să nu adopte o poziție rigidă față de această problemă pentru că erau încă îngrijorați.

S-a dezvăluit faptul că familia și lucrătorii de la centru nu discutaseră pentru a găsi o strategie care să elimine noile dificultăți pe care comportamentul lui Marco le prezenta în timpul mesei luate la centru. Problemele luării mesei (percepute de aceștia cauzate de comportamentul pacientului) erau de fapt consecințele comportamentului ambiguu și contradictoriu al celor două sisteme ale lui Marco: familia și centrul. Claritatea sporită a comunicării intrafamiliale provocată de terapia în curs a adus o îmbunătățire în condiția psihică și fizică ale lui Marco, dar existau încă modele comunicative disfuncționale în suprasistemul formal din familie și al lucrătorilor centrului social educațional pe care Marco îl folosea în avantajul său.

Existau și diferențe între cei doi părinți cu privire la luarea mesei în centru. Tatăl, în timp ce împărtășea grija soției pentru sănătatea fiului lor, a preferat ca Marco să mănânce cu colegii de școală, în timp ce mama, deși recunoștea importanța mesei în grup, a preferat să poată să îl verifice personal pe fiul ei în timp de mâncă. Cele două poziții diferite erau exprimate ca o comunicare ambiguă între cei doi. Tatăl pune accent pe soluțiile raționale, iar mama se lăsa condusă de emoții.

La sfârșitul celei de a patra ședințe, o nouă sarcină a fost dată: un test ce era o metodă riguroasă de a colecta date, care erau apoi folosite pentru a decide soluția optimă pentru pacient. Terapeutul i-a cerut lui Marco să mănânce în fiecare zi la centru timp de două săptămâni, și apoi să mănânce acasă următoarele două săptămâni. Ciclul urma să se repete până la următoarea întâlnire. Dacă Marco refuza să mănânce la centru în perioada în care ar fi trebuit să o facă, nu trebuia să i se permită să mănânce când se întorcea acasă. Luke era însărcinat să înregistreze nivelul de anxietate al ambilor părinți folosind o scală de la 1 la 10.

La a cincea ședință, 3 luni mai târziu, familia părea vizibil satisfăcută de rezultatele obținute, de faptul că testul a fost făcut într-un mod precis. Perioada alternantă prescrisă l-a satisfăcut pe pacient, pe familie și pe profesori. Marco era sănătos și își respectase programul de mese.

Pe baza comentariilor tatălui că prânzul alternant era satisfăcător atât pentru Marco, cât și pentru ei, terapeuții au propus o reglare în rația meselor de acasă cu mesele de la centru (70% - 30%) și a eliberat familia de prescripția testului, cerându-le să discute aceasta cu profesorii pentru a cădea de acord asupra unor criterii mai flexibile care vor conduce la o soluție satisfăcătoare de ambele părți.

Ultima intervenție a echipei înaintea terminării terapiei a privit evidența nivelelor de anxietate cam înalte, deși nu excesive, pe care Luke le înregistrase cu o mare precizie. S-a menționat familiei că dacă ulterior simțea nevoia de ajutor în ceea ce privea nivelul de anxietate, putea să solicite terapia. La următoarea ședință, exact după 1 an de la concluzia terapiei, Marco s-a dovedit a fi în continuare sănătos. Singura problemă fusese o gripă care îl făcuse să piardă din greutate. Dar greutatea se stabilise la 50 kg. Marco mai vomita ocazional, probabil din cauza problemelor gastrice de care suferise timp de câțiva ani, așa cum reieșea din dosarul medical realizat înaintea apariției problemelor alimentare.

Marco frecventase centrul social de educație regulat. Era considerat cel mai silitor, care promitea cel mai mult dintre candidații centrului, cu perspectiva de a se angaja în muncă. Nu și-a mai întrebat părinții despre faptul că era diferit de ceilalți și ei au continuat să comunice într-o manieră mai clară și funcțională.

Oricum, terapeuții și-au dat seama că familia simțea nevoia unei reasigurări asupra stabilității îndepărtării simptomului. Părin-

ții au raportat diferite ritualuri ale modului de a mânca (de exemplu, toate platourile trebuiau să fie puse pe masă la începutul unei mese), ritualuri pe care ei le simțeau ca semne ale unei recăderi posibile. Terapeuții au confirmat că în ce privește aspectul psihologic al problemei mâncatului nu aveau de ce își face griji. Au explicat, totuși, că unele probleme ale comportamentului lui Marco nu pot fi eliminate deoarece ele erau cauzate de handicapul său, pe care din acel moment părinții l-au acceptat.

După cum se poate deduce din ceea ce am descris până acum, în terapia sistemică de familie rolul terapeutului este ușor diferit de cel al terapeuților de altă orientare. Există elemente similare, cum ar fi păstrarea controlului asupra procesului terapiei, manifestarea respectului, a empatiei, a flexibilității pentru a forma o alianță terapeutică eficientă cu familia, dar și elemente diferențiale față de alte modele terapeutice. De exemplu, dacă terapeutul structuralist se implică activ în structura sistemului familial, terapeutul sistemic rămâne mai degrabă neutru, chiar dacă unele intervenții implică un grad mai mare de activism. Pe de altă parte, terapeutul sistemic nu se ghidează după un model de „familie sănătoasă”, căutând să modeleze familia după acest tipar, ci respectă propriul mod de organizare al familiei și caută soluțiile necesare pentru acel mod. Sarcinile lui sunt de a nu fi prins în pattern-ul disfuncțional al familiei (și, deci, să nu reușească să îl identifice), de a demasca jocurile familiei și de a invita familia prin prescrierile oferite de a începe să practice un joc diferit.

(Selvini-Palazzoli și colab., 1989)



## CONCLUZIE

Terapia sistemică de familie se dovedește în continuare un model cu o consistență internă extrem de bună între teorie și practică, ceea ce îi permite să fie și eficient, și să influențeze alte orientări. Ea a fost aplicată pe mai multe tipuri de probleme prezentate de familii care au apelat la serviciile terapeutice, însă numai două tipuri de simptome au atras atenția: familiile cu un membru schizofrenic și cele cu un membru cu tulburare alimentară (în special anorexie nervoasă). Ca urmare a intervalului lung dintre ședințe, este greu să se evalueze eficiența sa după procesele empirice standard. Totuși, ea continuă să fie una dintre orientările fundamentale în terapia de familie.

## VI. VII

### TERAPIA NARATIVĂ DE FAMILIE

Terapia narativă de familie este o abordare relativ nouă în domeniul terapiei de familie. Ea se bazează pe ideea că oamenii își construiesc identitatea și sensul vieții prin intermediul poveștilor pe care le spun și le trăiesc. În cadrul terapiei narative, terapeutul ajută familia să își revizuiască și să își reconstruiască poveștile, astfel încât acestea să reflecte mai bine valorile și aspirațiile familiei.

### Principii generale

Terapia narativă de familie este o abordare relativ nouă în domeniul terapiei de familie. Ea se bazează pe ideea că oamenii își construiesc identitatea și sensul vieții prin intermediul poveștilor pe care le spun și le trăiesc. În cadrul terapiei narative, terapeutul ajută familia să își revizuiască și să își reconstruiască poveștile, astfel încât acestea să reflecte mai bine valorile și aspirațiile familiei.

## BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

- ALBERNHE K., ALBERNHE T., *Lés thérapies familiales systémiques*, Paris, Masson, 2000.
- BATESON, G., JACKSON, D.D., HALEY, J., WEAKLAND, J.H., *A Note on Double-bind*, in *Family Process*, vol. 2, p. 154-161, 1962.
- BECVAR, D.S., BECVAR, R.J., *Family Therapy. A Systemic Integration*, Boston, Allyn & Bacon, 1996.
- BELL, J.E., *Family group therapy*, New York, Jason Aronson, 1975.
- BING, E., *The conjoint family drawing*, *Family Process*, nr. 9/1970, p. 173 - 194.
- BOWEN, M., *Family therapy in clinical practice*, New York, Jason Aronson, 1978.
- BOWEN, M., *Family therapy after 25 years*. În S. Arieti (Ed), *American handbook of psychiatry*, Vol. 5, New York, Basic Books, 1975.
- BURBATTI, G.L., CASTOLDI, I., MAGGI, L., *Systemic Psychotherapy with Families, Couples and Individuals*, New Jersey, Janson Aronson Inc., 1993.
- DUHL, B.S., *From the inside out and other metaphors*, New York, Brunner & Mazel, 1983.
- DUHL, F.J., KANTOR, D., DUHL, B.S., *Learning, space and action in family therapy: A primer of sculpture*. În *Techniques of Family Psychotherapy*, D.A. Block, ed., New York, Grune & Stratton, 1973.
- FISCH, R., WEAKLAND, J.H., SEGAL, L., *Tactiques du changement. Thérapie et temps court*, Paris, Du Senil, 1986.
- GEDDES, M., MEDWAY, Y., *The symbolic drawing of family life space*, in *Family Process*, nr. 16/1977, p. 219 - 228.
- GORELL BARNES, G., *Family Therapy in Changing Times*, MacMillan Press, 1988.

- GREENBERG, L.S., JOHNSON, S.M., *Emotionally focused therapy for couples*, New York, Guildford, 1988.
- GURMAN, A., *Questions Answers in the practice of Family Therapy*, New York, Brunner/Mazel, 1981.
- HALEY, J., *Strategies of Psychotherapy*, Triangle Press, 1990.
- HILL, R., *Family development in three generations*, Cambridge, MA: Schenkman, 1970.
- HOFFMAN, L., *Foundation of Family Therapy*, New York, Basic Books, Inc. Publishers, 1981.
- JAMES, K., MCKINNON, L.M., *Theory and Practice of Structural Family Therapy: Illustration and Critique*, in Australian and New Zealand Family Therapy Journal, vol. 7, nr. 4/1986.
- KANTOR, D., LEHR, W., *Inside the family*, San Francisco, Jossey Boss, 1975.
- KEMPLER, W., *Experiential family therapy*, The International Journal of Group Psychotherapy, nr. 15/1965, 5771.
- KEMPLER, W., *Principles of Gestalt family therapy*, Oslo, Nordahl, 1973.
- KERR, M.E., *Family systems theory and therapy*, in Gurman, A.S., Kniskern, D.P. (Ed), *Handbook of family therapy*, New York, Brunner/Mazel, 1981.
- KERR, M.E., BOWEN, M., *Family evaluation: An approach based on Bowen theory*, New York, W.W. Norton, 1988.
- LAQUEUR, H.P., *Multiple family therapy*, in Ackerman, N.W. (Ed.), *Family therapy in transition*, Boston, Little Boston, 1970.
- LAQUEUR, H.P., *Multiple family therapy*, in Guerin, J.P. (Ed.), *Family therapy: theory and practice*, New York, Gardner Press, 1976.
- LEWIS, H.R., STREITFELD, H.S., *Growth games*, New York, National General Company, 1972.
- MCDANIEL, S., HEPWORTH, J., MIHĂESCU, V., DOHWETY, W.J., *Psihoterapia ca sistem*, Iași, Ed. Polirom, 1996.
- MCGOLDRICK, M., GERSON, R., *Génogrammes et entretien familial*,

Paris, ESF, 1990.

- MIKESELL, R.H., LUSTERMAN, D-D., MCDANIEL SUSANH, *Integrating Family Therapy. Handbook of Family Psychology and System Theory*, American Psychological Association, Washington, 1995.
- MINUCHIN, S., *Families and Family Therapy*, Cambridge, MA., Harvard University Press, 1974.
- MINUCHIN, S., FISHMAN, H.C., *Family Therapy Techniques*, Cambridge, MA., Harvard University Press, 1981.
- MITROFAN, IOLANDA, *Cuplul conjugal - armonie și dizarmonie*, București, Ed. Științifică și Enciclopedică, 1989.
- MITROFAN, IOLANDA, *Familia de la A la Z*, București, Ed. Științifică și Enciclopedică, 1989.
- MITROFAN, IOLANDA, *Psihologia relațiilor dintre sexe*, București, Ed. Alternative, 1997.
- MITROFAN, IOLANDA, CIUPERCĂ C., *Introducere în psihosociologia și psihosexologia familiei*, București, Ed. Alternative, 1997.
- MITROFAN, IOLANDA, *Psihoterapia experiențială*, București, Ed. Infomedica, 1999.
- MITROFAN, IOLANDA (coord.), *Orientarea experiențială în psihoterapie*, București, Ed. SPER, 2000.
- MITROFAN, IOLANDA (coord.), *Psihopatologia, psihoterapia și consilierea copilului*, București, Ed. SPER, 2001.
- NICHOLS, M.P., SCHWARTZ, R.G., *Family Therapy. Concepts and Methods*, Boston, Allyn & Bacon, 1991.
- O'HANLON, W., *The third wave*, in *Networker*, November - December, 1994.
- PAPERO, D.V., *The Bowen theory*, in Horne, A.M., și Passmore, J.L., *Family counseling and therapy*, Itasca, IL: F.E. Peacock, 1991.
- PATTERSON, G.R., *Families. Application of Social Learning to Family Life*, Research Press, 1971.
- SATIR, V.M., *Conjoint Family Therapy*, Palo Alto, C.A., Science and Behavior Books, 1964.

SATIR, V.M., *Peoplemaking*, Palo Alto, C.A., Science and Behavior Books, 1972.

SATIR, V.M., *The new peoplemaking*, Palo Alto, C.A., Science and Behavior Books, 1988.

SATIR, V.M., BALDWIN, M., *Later step by step: a guide to creating change in families*, Palo Alto, C.A., Science and Behavior Books, 1983.

SELVINI - PALAZZOLI, M., *Towards a general model of psychotic games*, in *Journal of Marital and Family Therapy*, nr 12/1986, p. 339 - 349.

SELVINI - PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G., *Paradox And Counterparadox*, New York, Janson Aronson, 1978.

SELVINI - PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M., SORENTINO, A.M., *Lés jeux psychotiques dans la famille*, Paris, ESF, 1990.

SIMON, R.M., *Sculpting the family*, *Family Process*, nr. 11/1973, p. 49 - 51.

SPEACK, R.V., ATTNEAVE, C.A., *Family Networks*, New York, Pantheon, 1973.

TOMM, K., *One perspective on Milan approach: Part II. Overview of development, theory and practice*, in *Journal of Marital and Family Therapy*, nr. 10(2)/1984, p. 113 - 125.

TOMM, K., *One perspective on Milan approach: Part II. Description of session format, interviewing style and interventions*, in *Journal of Marital and Family Therapy*, nr. 10(3)/1984, p.253 - 271.

WALSH, W., MCGROW, J., *Essentials of Family Therapy*, Love Publishing Company, 1996.

WATZLAWICK, P.A., *A Structured Family Interview*, in *Family Process*, vol. 5, p. 256-271, 1966.

WITHAKER, C.A., *Lés reveries d'un thérapeute familial*, Paris, ESF, 1989.

WITHAKER, C.A., KEITH, D.V., *Symbolic - experiential family therapy*, in A.S. Gurman & D.P. Kniskern, *Handbook of family therapy*, New York, Brunner/Mazel, 1981.

WHITE, M., *Deconstruction and Therapy*, *Dulwich Center Newsletter*, nr. 3/1988, p. 21 -40.

WHITE, M., *The externalizing of the problem and re-authoring of lives and relationships*, *Dulwich Center Newsletter*, nr. 9/1988.

WHITE, M., EPSTON, D., *Narrative Means to Therapeutic Ends*, New York, W.W. Norton, 1990.